

La collaboration

***La collaboration parents-infirmières face à
l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé
en service de pédiatrie.***

Travail en vue de l'obtention du titre de
Bachelor of science HES-SO en soins infirmiers

Par
Noémie Lachat
Promotion 2006-2009

Sous la direction de: Marie de Reyff

Haute Ecole de Santé, Fribourg
Filière soins infirmiers

Le 6 juillet 2009

Résumé

But : Le but de cette étude est de définir les moyens d'évaluation de douleur, les éléments pour parvenir à une collaboration ainsi que les modes de relations entre les parents et les soignants en vue d'offrir une prise en charge de la douleur optimale à l'enfant hospitalisé.

Question de recherche : « Comment envisager une collaboration entre parents et infirmières face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé en service de pédiatrie en vue d'offrir une prise en charge optimale au patient ? »

Méthodologie : Entre octobre et juin 2009, quinze recherches ont été identifiées sur une banque de données(PUBMED).

Résultats : Des recherches portant sur des éléments permettant d'envisager une collaboration entre parents et infirmières ont été identifiées, analysées et thématiques en quatre facteurs.

Discussion : Les résultats ont été discutés, des liens entre la théorie et les résultats ont été créés et des implications pour la pratique professionnelle sont présentés.

Mots clés: Children, Pain, Hospitalized children, Partnership, Collaboration, Pain assessment, Parents, Nurses, Family

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Mme Marie De Reyff, directrice de mémoire à la Haute école de santé de Fribourg (HEdS-Fr), pour tout le soutien qu'elle m'a apporté, le temps qu'elle m'a consacré et surtout la confiance qu'elle m'a témoignée tout au long de la réalisation de mon travail de Bachelor Thesis. Son aide a été capitale pour la réalisation et le bon déroulement de ce travail.

Mes plus sincères remerciements vont également à mes proches pour leur précieuse disponibilité ainsi que leur soutien offert.

Table des matières

1	Explication des termes principaux	9
1.1	La collaboration	9
1.1.1	Définitions	9
1.1.2	Significations de la collaboration pour la famille	10
1.2	La douleur chez l'enfant.....	10
2	Problématique	11
2.1	Question	12
2.2	Objectif.....	12
3	Définitions et explications des termes utilisés	13
3.1	La collaboration	13
3.1.1	Signification pour la famille	13
3.1.2	Signification pour les soignants	15
3.1.3	L'efficacité de la collaboration	16
3.1.4	Les grands principes de la collaboration.....	17
3.2	La douleur	18
3.2.1	Mécanisme physiopathologique	18
3.2.2	Définitions	19
3.2.3	La douleur selon les âges	19
3.2.4	Les facteurs d'influence (selon Dangleterre & Djambay, 2000)	22
	• Le rôle des parents	22
3.2.5	Les mécanismes de défense face à la douleur (selon Dangleterre & Djambay, 2000)	22
3.2.6	L'Evaluation de la douleur	23
	Les outils d'évaluation de la douleur post-opératoire en fonction de l'âge de l'enfant (selon Dangleterre & Djambay 2000)	24
3.3	La famille	26
3.3.1	Définitions	26
3.3.2	La maladie au sein d'une famille.....	26

3.4	La pédiatrie.....	27
3.5	La prise en charge optimale	27
3.5.1	Définition	27
3.5.2	Les ressources pour une meilleure prise en charge de la douleur.....	28
3.5.3	La relation avec l'enfant qui souffre.....	28
4	Méthodologie	29
4.1	Critères de sélection	30
4.2	Critères d'exclusion	31
4.3	Termes Mesh utilisés.....	31
4.4	Résultats des stratégies de recherche	32
5	Résultats.....	36
5.1	La communication de qualité	36
5.2	Les expériences personnelles d'hospitalisation et de douleur.....	38
5.3	Les acteurs et moyens intervenant dans l'évaluation de la douleur	38
5.4	La présence des parents lors de soins ou de gestes douloureux	39
6	Discussion.....	40
6.1	Discussion des résultats des diverses études	40
6.2	Résultats	43
6.2.1	Les acteurs et moyens intervenant dans l'évaluation de la douleur.....	43
6.2.2	L'amélioration de la communication	45
6.2.3	Les expériences personnelles d'hospitalisation et de douleur	46
6.2.4	La présence des parents dans les soins	46
6.2.5	Le lien entre les différents résultats	48
6.2.6	Réponse à la question	49
7	Conclusion	49
7.1	Conséquences pour les soins	50
7.2	Besoins dans les futures recherches	51
7.3	Points forts et faibles de cette revue de littérature	52
7.4	Le mot de l'auteur	53

8	Bibliographie	54
8.1	Livres:	54
8.2	Recherches/études analysées :.....	55
8.3	Autres recherches :.....	57
8.4	Site web :.....	57
9	Annexes	I

Introduction

Au sein de l'hôpital fribourgeois, selon les données statistiques¹, ce sont 1388 enfants qui ont été hospitalisés afin d'être admis en 2007 dans un service de pédiatrie pour différents motifs contre seulement 952 en 2006.

En 2007, le séjour de l'hospitalisation était de 4,5 jours contre 5,7 jours pour l'année 2006.

Lorsqu'un enfant est hospitalisé la souffrance l'accompagne souvent. C'est pourquoi il est nécessaire que les soignants aient continuellement les notions d'évaluation et de traitement de la douleur à l'esprit et qu'ils les mettent en pratique (C.Foussat., Ch.Delafosse., M.Moussa., J.Godard., MF, Orgiazzi, 1995).

Tout au long de son hospitalisation, l'enfant est très souvent accompagné de ses parents. L'interaction de ces derniers avec l'équipe soignante est donc certaine. Ces échanges peuvent se dérouler à merveille ou parfois être houleux ou problématiques. Selon Nicolas Long (2003), pour les parents, la complexité de la communication avec l'équipe soignante représente une difficulté de plus dans leur vécu. Les avis, les représentations, les valeurs et les attentes divergent souvent entre les soignants et les parents. Cet état de fait met ces derniers dans un « entre-deux » : Ils devraient faire confiance à des soignants qui sont garants de la santé de leur enfant mais ils sont aussi au chevet de leur enfant hospitalisé en tant que parents engagés et responsables. (Nicolas Long, *ibid*).

Cette revue de littérature étoffée va se dérouler comme suit.

En introduction, les termes de la collaboration ainsi que de la douleur seront expliqués, ceci afin de permettre une meilleure compréhension du travail. La problématique ainsi que la question et les objectifs de la recherche seront exposés.

Dans un deuxième temps, les définitions et explications des termes utilisés seront énoncées.

¹ Statistiques fournies par M. Perritaz de l'office des statistiques des hôpitaux fribourgeois, mars 2009

Puis, un chapitre de ce mémoire sera dédié à la thématisation des résultats des recherches.

Par la suite, une discussion sera focalisée sur les résultats des recherches ainsi que sur la qualité des études.

Enfin, le travail se terminera en exposant les conséquences pour les soins, les recherches dont nous aurions besoin dans le futur ainsi qu'un compte rendu sur les points forts et faibles de ce travail de littérature.

1 Explication des termes principaux

1.1 La collaboration

1.1.1 Définitions

La collaboration est un terme qui possède de nombreuses définitions.

Selon le petit Larousse illustré (2004, p.232), collaborer veut dire « travailler avec d'autres à une œuvre commune ».

Dans le même ordre d'idées, les auteurs Gallant, Beaulieu & Carnevale (2002), définissent la collaboration comme étant une relation entre plusieurs personnes qui permet d'atteindre un but commun.

Ainsi, il est important de relever que pour pouvoir parler de collaboration, il faut qu'il y ait la participation de tous les partenaires autour de mêmes objectifs ciblés sur la personne malade.

Gottlieb & Feeley (2007, p.3) décrivent quelques caractéristiques de la collaboration comme étant « le partage du pouvoir et de l'expertise, la poursuite d'objectifs centrés sur la personne et conjointement établis, le déclenchement d'un processus dynamique nécessitant la participation active et l'accord de tous les partenaires de la relation » (Gottlieb & Feeley, *ibid.*, p.8).

Pour qu'une collaboration autour de l'évaluation de la douleur chez l'enfant puisse prendre forme, plusieurs acteurs doivent entrer en jeu comme les parents et les infirmières. C'est pourquoi il est nécessaire de se pencher sur le sens des significations de la collaboration pour la famille ainsi que pour les soignants.

1.1.2 Significations de la collaboration pour la famille

Comme le fait remarquer Cresson (s.d), la relation de confiance entre l'équipe soignante et la famille est capitale puisque les parents connaissent l'enfant mieux que quiconque. Ils pourront donc offrir à l'équipe soignante de nombreuses informations et méthodes afin de rendre certains moments moins pénibles à vivre physiquement et psychiquement (Cresson, s.d, citée par Tursz & Cook, 1998, p.168).

La collaboration entre parents et soignants n'est pas toujours facile, Cresson (s.d., citée par Tursz & Cook, 1998, p.168) explique d'ailleurs que les parents savent identifier leurs limites thérapeutiques et hésitent peu avant de demander conseils à des spécialistes lorsque leurs propres moyens ne sont pas suffisants. Cependant, ils n'hésitent pas non plus à contrôler les actes des soignants et à repérer des gestes qui leur paraissent incorrectes.

1.2 La douleur chez l'enfant

Selon Hessissen, Kili, & Msefer Alaoui (2005), tout comme l'adulte, l'enfant peut ressentir de la douleur. Néanmoins, ce sera beaucoup plus difficile de la diagnostiquer et de la prendre en charge chez le petit car sa douleur est souvent peu reconnue et est souvent négligée.

Ces auteurs (Hessissen et al., 2005) ont d'ailleurs relevé que les expériences de vie de l'enfant, l'attitude de ses parents et de la famille, celle des soignants, le milieu culturel ainsi que les normes sociétales influencent particulièrement la manière dont l'enfant vivra sa douleur.

L'autre facteur qui a été soulevé par ces auteurs est que l'enfant n'a pas la même notion du temps que l'adulte, les signes de douleur apparaîtront donc plus rapidement. Ce qui amènera à des conséquences sur leur comportement comme de l'apathie, de la tristesse, une réduction du taux d'activité, etc. Dans ce cas, on parlera alors d'inertie psychomotrice. Il faut toutefois y prêter une

attention toute particulière car ces signes sont difficilement décelables (Hessissen et al., 2005).

Comme le relèvent Hessissen et al. (2005), un enfant qui ressent des douleurs est un enfant qui ne jouera pas. Il ne faut pas oublier que même un enfant qui dit ne pas avoir mal peut souffrir de grandes douleurs.

Afin de mieux comprendre le phénomène de la douleur, un aspect plus « mécanique » du terme ainsi que les différentes manières dont elle se manifeste selon l'âge de l'enfant seront expliqués ultérieurement.

2 Problématique

Lors de l'hospitalisation de l'enfant, la souffrance est partie intégrante de cette épreuve (Foussat, Delafosse, Moussa, Godard, Orgiazzi, 1995). Afin de soulager ces douleurs et d'offrir un suivi adapté, des évaluations devront être programmées fréquemment. Les évaluations de la douleur devraient être prises en charge par les soignants, dont le rôle est d'évaluer et de soulager la douleur des malades (Dangleterre & Djambay, 2000). Cependant, les soignants ne devraient pas être seuls face à ces évaluations, étant donné que les parents, eux aussi, ont une certaine expertise de la douleur chez leur enfant. Ils sont capables de reconnaître la souffrance mais peuvent aussi en détecter certains signes. En effet, puisque les parents ont des connaissances de fonctionnement du corps et de la douleur de leur enfant, il serait judicieux que le personnel médical utilise cette ressource (Tursz & Cook, 1998, p28).

Comme le relèvent Tursz et Cook (1998, p.34), lorsque le sujet de la douleur est abordé en milieu hospitalier, un partenariat devrait être mis en place entre les parents de l'enfant et les soignants.

Ceci offrirait aux parents un rôle actif dans le diagnostic et la prise en charge qui suit.

2.1 Question

Sur les bases théoriques de la littérature et sachant que la collaboration entre les parents et les infirmier(e)s est primordiale et que l'accompagnement relationnel des parents est capitale dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé souffrant de douleur physique, la question suivante a donc été formulée :

« Comment envisager une collaboration entre parents et infirmières face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé en service de pédiatrie en vue d'offrir une prise en charge optimale au patient ? »

2.2 Objectif

Un manque de collaboration en parents et soignants peut avoir des conséquences sur l'évaluation de la douleur que subit l'enfant et donc pourra altérer sa prise en charge.

Le but de cette étude est de définir les moyens d'évaluation de douleur, les éléments pour parvenir à une collaboration ainsi que les modes de relations entre les parents et les soignants en vue d'offrir une prise en charge de la douleur optimale à l'enfant hospitalisé.

3 Définitions et explications des termes utilisés

Dans le but d'une meilleure compréhension de la question de recherche, il est important que certains termes soient définis et expliqués. C'est pourquoi le chapitre suivant sera consacré à l'explication de la collaboration, de la douleur, de la famille et de l'enfant.

3.1 La collaboration

Pour mémoire, Gallant, Beaulieu & Carnevale (2002), définissaient la collaboration comme étant une relation entre plusieurs personnes qui permet d'atteindre un but commun.

Or, selon Cresson (citée par Tursz & Cook, 1998, p.163), la collaboration entre parents et soignants peut être laborieuse et les symptômes de douleur chez l'enfant sont difficilement accessibles. Selon l'auteur, les soignants peuvent déceler ces symptômes, s'ils y ont été formés et habitués. Dans ce cas, ils sont capables de poser une « hypothèse de douleur ». Il est pourtant capital de relever que la présence de souffrance physique chez l'enfant est souvent décelée par les parents, phénomène qui est fréquemment remis en cause par le personnel soignant, pensant que la douleur est la résultante d'un certain diagnostic posé.

La discrepance entre les deux points de vue nécessite donc une collaboration.

3.1.1 Signification pour la famille

Différents aspects ressortent de la collaboration. Selon des études faites par Robinson (1996, cité par Gottlieb & Feeley, 2007, p.22) auprès de cinq familles ayant un proche recevant des soins de la part des infirmiers, il a été confirmé que la collaboration entre ces familles et les soignants était bénéfique pour chacun.

En effet, quatre familles interrogées sur cinq ont expliqué qu'elles ne s'attendaient pas à ce que l'expérience de collaboration avec l'infirmière soit une relation hiérarchique. Cependant, une famille sur cinq voyait l'infirmière

comme une experte de soins et attendait d'elle qu'elle dirige les opérations. Toutefois, la réalité a été bien différente lorsque cette famille a rencontré l'infirmière pour la première fois étant donné que cette dernière a utilisé une méthode relationnelle différente de celle qu'ils attendaient. En effet, l'infirmière avait décidé d'offrir à cette famille une relation de collaboration. Elle a donc mis en avant les forces de la famille plutôt que ses faiblesses et leur a donné les outils pour qu'elle puisse composer avec la situation. Suite à cela, la famille concernée a vu ses opinions changer et est devenue favorable à la collaboration avec les infirmières.

Les familles interrogées par Robinson (1996, cité par Gottlieb & Feeley, 2007, pp.22-23) ont pu expliquer que ce qu'ils avaient particulièrement apprécié dans la collaboration avec l'infirmière était le sentiment de liberté. La soignante ne donnait pas d'ordre mais accompagnait plutôt les familles à se rendre compte de ce qu'il fallait faire et ensuite ils pouvaient travailler ensemble.

Les familles interrogées ont retenu que la collaboration entre elles et les infirmières permettait de planifier le calendrier des soins ainsi que le rythme de travail effectué ensemble.

Cette collaboration, d'après Tursz & Cook (1998, p.168), doit passer par une information détaillée voire une formation de la part des soignants lorsque les familles sont amenées à jouer un rôle actif dans la prise en charge de la douleur de leur enfant [...]. Leur rôle est central car ce sont elles qui connaissent le mieux leur enfant, qu'elles en ont la responsabilité permanente [...].

Il est également important de connaître le sens de la collaboration pour les soignants puisque ces derniers sont des acteurs dudit partenariat.

3.1.2 Signification pour les soignants

Selon Lenrow et Burch (1981, cités par Gottlieb & Feeley, 2007, p. 24), si les soignants traitent les familles et les clients comme des collaborateurs, cela sera bénéfique pour chacun. Les infirmières soulèvent également l'importance des efforts faits de part et d'autre afin d'atteindre les buts communs. Effectivement, ces efforts constituent le noyau de la collaboration et permet aux proches de composer avec plusieurs situations différentes (Paavilainen & Astedt-Kurki, 1997, cités par Gottlieb & Feeley, 2007, p. 24-25).

Selon Gottlieb & Feeley (2007, p.25), lorsque les personnes collaborent avec les infirmières, elles prennent la responsabilité de composer avec les défis et apprennent à les relever. Les personnes développent donc toujours plus leurs compétences. Il est aussi relevé que les familles prenant part activement dans le partenariat ont plus de chance de pouvoir transposer les apprentissages dans d'autres situations de soins rencontrées.

Cependant des auteurs ont relevé, dans leur ouvrage, le questionnement de certains soignants au sujet du bénéfice de la présence des parents dans les unités de pédiatrie. Les doutes du personnel soignant viennent du manque de disponibilité des équipes, de la charge de travail et de la concentration que ces derniers investissent lorsqu'ils réalisent un geste technique.

Les mêmes auteurs relèvent alors une contradiction dans le discours des infirmières à propos de la présence des parents lors de soins. En effet, d'un côté elles savent que la présence des parents peut apporter du bien à l'enfant mais d'un autre côté, elles ont de la peine à agir cette conviction si les conditions d'accueil ne sont pas des plus favorables. (Thibault-Wanquet, 2008, pp.25-26).

3.1.3 L'efficacité de la collaboration

Une des façons de mesurer l'efficacité de la collaboration est de se questionner si la satisfaction des personnes ayant bénéficié d'une collaboration avec les soignants est plus grande. (Gottlieb & Feeley, 2007, p. 17)

Les parents interrogés par ces auteurs ont dit préférer que les professionnels prennent certaines décisions (Thorne et Robinson, 1998, cités par Gottlieb & Feeley, 2007, p.20).

En effet, ils n'étaient pas les seuls à avoir fait ce genre de constatation puisque Thompson (1993, cité par Gottlieb & Feeley, 2007, p.20) a remarqué, d'après ses études, que les patients aiment prendre partie dans les décisions qui ne nécessitent pas d'expertise médicale. En fait, selon l'auteur, la clé de la collaboration serait de distribuer des rôles à chacun pour faire en sorte que chacun prennent des initiatives et décisions concernant un domaine particulier. Par exemple, le patient pourrait prendre des initiatives concernant son mode de vie et le soignant concernant son traitement.

Il est important de relever que d'autres auteurs amènent des nuances à ce qu'exprime Thompson. De Ridder, Depla, Severens & Malsch (1997, cité par Gottlieb & Feeley, 2007, pp.20-21) expliquent, par exemple, que beaucoup de personnes désirent être des décideuses responsables au sujet des soins qui les concernent mais seulement si les soignants leur propose un environnement au sein duquel ils offrent à ces personnes des conseils afin de pouvoir distinguer les différentes options.

De plus, une étude menée par Kirschbaum & Knaff (1996, cités par Gottlieb & Feeley, 2007, p.21) s'est penchée sur 52 familles dont un enfant était souffrant. Il en est ressorti que les parents se considéraient comme des décideurs, ayant leurs propres compétences et qu'ils voyaient le personnel soignant comme étant conseiller dont ils pouvaient accepter ou refuser les conseils. Il a aussi été ressorti que les parents donnaient de l'importance aux opinions des infirmières mais qu'ils avaient également confiance en leurs propres avis et aptitudes. En fait, les parents s'attendaient à ce que le personnel infirmier respecte leurs décisions ainsi que leurs aptitudes à décider.

Selon les parents interrogés par Kirschbaum & Knaff (1996), la relation qu'ils entretenaient avec les infirmières était basée sur le respect mutuel. Ces derniers travaillaient en collaboration avec les professionnels afin de trouver le meilleur moyen de mettre en pratique leurs conseils.

Afin de conclure ce chapitre il est important de relever que les personnes désireuses de collaborer mais qui n'ont pas la possibilité de prendre part à la prise de décisions éprouveront des sentiments de frustration et de colère. Ceci pourra donc entraver la relation entre les parents et les soignants (Kirschbaum & Knaff, 1996, cités par Gottlieb & Feeley, 2007, p.21).

3.1.4 Les grands principes de la collaboration

Selon Gottlieb & Feeley (2007, pp. 11-12) la collaboration est composée de principes qui sont essentiels à son bon fonctionnement. Les auteurs expliquent que l'infirmière et la personne doivent instaurer une relation de partenariat. Elles stipulent aussi que la relation de collaboration doit s'adapter au patient quant à ses désirs, compétences, etc.

C'est à l'infirmière d'évaluer ce qui influence le partenariat et d'adapter la forme de la collaboration afin qu'elle corresponde au patient, à ses demandes et ses possibilités.

La collaboration entre famille et soignants doit avoir un but et une orientation. Afin d'arriver au but commun, il est indispensable, lorsqu'ils travaillent ensemble, de comprendre la situation et ceci suppose qu'elles échangent leur point de vue.

Selon les auteurs (Gottlieb & Feeley (2007, pp. 11-12), il est primordial que les proches et familles des patients soient considérés comme source indispensable et initiale d'informations.

Chaque partenaire a des éléments à offrir afin de rendre encore plus riche la collaboration. C'est pourquoi il est important que l'infirmière garde et exprime parfois des points de vue différents de la personne avec laquelle elle collabore, ceci afin que son partenaire puisse se remettre en question et réfléchisse à de nouvelles possibilités.

Ces auteurs soulèvent la notion de changement et d'évolution. En effet, avec le temps et au fur et mesure des rencontres, la collaboration entre l'infirmière et la famille va évoluer, va s'adapter à la situation en mouvement du patient, à ses besoins et à ses demandes.

En dernier lieu, Gottlieb et Feeley (2007) expliquent que la communication et les relations entre les collaborateurs sont des aspects primordiaux si l'on veut atteindre une collaboration de qualité.

3.2 La douleur

Afin de mieux comprendre le mécanisme de la douleur que subit l'enfant lorsqu'il est hospitalisé, une explication de ce terme est essentielle.

3.2.1 Mécanisme physiopathologique

Daniel Jacob (1998), explique qu'une douleur provoquée (par exemple un pincement) serait une « sensation vive et douloureuse et ceci car elle stimule les fibres nerveuses nociceptives », dont les terminaisons sont des capteurs de la douleur. Ces fibres innervent tout l'organisme et transmettent des messages au cerveau via la moelle épinière. Ces messages sont reçus en deux temps. Les fibres nociceptives « rapides » signalent en un dixième de seconde environ l'endroit douloureux [....]

Dans un second temps, les fibres nociceptives « lentes » diffusent le message douloureux dans plusieurs zones du cerveau [...]. Quand les messages parviennent au cerveau, ils sont également filtrés et modulés par les centres activateurs et inhibiteurs. Ces derniers sont précieux pour atténuer la douleur. Nous les stimulons sans le savoir quand nous nous frottons vigoureusement la tête après un choc violent car nous activons alors des fibres nerveuses reliées aux centres inhibiteurs. Les douleurs chroniques auxquelles les chercheurs consacrent l'essentiel de leurs efforts peuvent donc avoir deux origines : l'afflux d'informations nociceptives [...] ou le dérèglement de filtrage. »

3.2.2 Définitions

Pour mémoire, il est important de se rappeler que l'enfant perçoit la douleur différemment que l'adulte. Ceci s'explique par la plasticité du cerveau qui, chez l'enfant dès six mois, permet aux mécanismes psychologiques, cause de la perception de la douleur, de mieux transférer que chez l'adulte. Ce phénomène explique qu'un enfant, bien que la douleur soit présente, puisse s'adonner à une activité car des mécanismes endogènes d'inhibition de la douleur seront provoqués.

Plusieurs définitions existent concernant la douleur, en voici quelques-unes.

D'après l'Association Internationale de l'Etude de la douleur (1979) « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel, ou décrite en terme d'un tel dommage ».

Dangleterre & Djambay (2000) complètent la définition en ajoutant que : « la douleur est l'interaction de très nombreux mécanismes biochimiques, physiologiques et psychologiques qui font intervenir de multiples structures du système nerveux, périphériques et centrales, concernées par les processus sensoriels, émotionnels, cognitifs et psychologiques ».

3.2.3 La douleur selon les âges

La douleur se manifeste différemment selon l'âge de l'enfant.

En effet, selon Dangleterre & Djambay (2000), avant 6 mois, pleurer est le premier moyen qu'ont les bébés afin d'exprimer leur douleur mais cet acte n'est pas toujours synonyme de douleur.

Comme Anna Freud (1952, citée par Dangleterre & Djambay, 2000) le disait, la douleur est une rupture dans le bien-être, tout comme la faim, la colère ou le froid. C'est pourquoi il est difficile d'identifier la nature des pleurs et des cris.

Mais lorsque l'enfant a mal, d'autres manifestations peuvent ressortir, comme par exemple :

- une perturbation du sommeil
- une perturbation de la vigilance
- une immobilité ou une agitation physique
- une augmentation de la tension artérielle
- une augmentation de la fréquence cardiaque ou respiratoire
- une transpiration des mains.

Lorsqu'il est âgé entre six et vingt-quatre mois l'enfant peut, petit à petit, localiser les douleurs et tente de les protéger.

Ses moyens d'expression de la douleur restent toujours les pleurs et cris mais certaines expressions faciales se développent ainsi que certaines autres modifications comme :

- une anorexie
- des perturbations du sommeil
- de la difficulté à consoler l'enfant
- une diminution de l'activité motrice

Entre deux et quatre ans, d'après Gauvain-Piquard & Meignier (1993, pp.152-159), l'enfant va essayer de rassembler ses peurs et douleurs sur un endroit pour tenter de faire abstraction des autres souffrances. Par exemple, l'enfant pourra hurler de douleur lors de l'ablation d'un pansement et ne rien dire lorsqu'on lui pose une voie veineuse. Ce phénomène est dû à un effort d'organisation interne. A cet âge, les douleurs et expériences désagréables vécues sont souvent attribuées aux lieux où elles se sont produites. Ceci peut, par exemple, expliquer la peur de la blouse blanche lorsque l'enfant va à l'hôpital. Dans ces cas de figure, essayer de raisonner l'enfant ne donnera pas de résultat, seul la tendresse de ses parents pourra le réconforter.

Dans cette période de vie, l'évaluation de la douleur repose essentiellement sur l'hétéroévaluation basée sur des échelles validées (Amiel-Tison, CHEOPS, etc.)

Selon les auteurs (Gauvain-Piquard & Meignier, 1993, pp.152-159), si l'on questionne l'enfant âgé de moins de six ans sur l'intensité de sa douleur, ce dernier donnera des notes beaucoup plus faibles qu'un adolescent à douleur égale. Cette constatation peut être expliquée par le manque de capacité à attribuer une valeur négative d'anormalité à la douleur et à s'en plaindre. Dans l'étude de Chevallier (2001), il est démontré qu'une autoévaluation peut être tentée. Pour se faire, l'évaluation doit être basée sur deux outils d'évaluation afin d'observer la fiabilité des scores obtenus en comparant les résultats.

La période entre deux et sept ans, d'après Dangleterre & Djambay (2000), est caractérisé par la loi de « tout ou rien », les capacités de langage et cognitives sont restreintes et le schéma corporel n'est pas acquis. C'est aussi un âge où l'enfant ne comprend pas l'incapacité qu'ont ses parents à ne pouvoir soulager sa douleur. A noter que cette dernière sera que plus intense si l'enfant est éloigné de sa famille et qu'il se sent en insécurité (par exemple à l'hôpital).

Chevallier (2001) explique que l'autoévaluation, à l'aide d'échelle comme l'EVA, est une méthode efficace chez l'enfant de plus de six ans.

Lorsque l'enfant a entre huit et dix ans (l'âge scolaire), il entre dans l'âge de "raison". Les normes sociétales sont plus respectées, les complexes œdipiens s'estompent et l'enfant va se sociabiliser. L'enfant accorde une grande importance aux nouvelles acquisitions cognitives. A cet âge là, la douleur est mieux expliquée et ils peuvent progressivement décrire la cause de leurs maux. Cependant, ils associent la douleur à la notion d'infini, de cassure et de solitude. Les enfants ont l'impression qu'ils sont responsables de ce qu'ils ressentent. La solitude ressentie peut être expliquée par un filtrage d'informations dues à la surexcitation du cerveau ce qui amène l'enfant à se couper du monde extérieur. Pour les enfants de cet âge, il est important d'expliquer les soins qu'on va leur prodiguer (Gauvain-Piquard & Meignier, 1993, pp.158-159).

La douleur que peut ressentir l'enfant hospitalisé, quel que soit son âge, est influencée par certains facteurs qui vont être développés dans le paragraphe suivant.

3.2.4 Les facteurs d'influence (selon Dangleterre & Djambay, 2000)

- Le rôle des parents

Les parents, de part leur place fondamentale dans l'expression de la douleur chez leur enfant, ont le pouvoir de moduler la façon qu'a leur enfant de s'approprier la douleur.

Dans ce contexte là, on peut imaginer que si les parents sont dans le déni, la dédramatisation, ou a contrario, si leur présence est apaisante, ceci va avoir des répercussions sur ce que vit l'enfant et comment il le vit.

Il existe d'autres facteurs d'influence qui peuvent aussi accentuer l'expression de la douleur. Par exemple, les origines culturelles, des douleurs passées déjà vécues par l'enfant ou par quelqu'un de son entourage, son environnement, le contexte dans lequel est apparu la douleur. Il est important de noter que la présence de matériel médical (drains, sonde, perfusions, etc.) ne permettent pas à un enfant de trouver une position antalgique, ce qui a pour conséquence d'augmenter leur anxiété.

3.2.5 Les mécanismes de défense face à la douleur (selon Dangleterre & Djambay, 2000)

« En réaction à la douleur, l'enfant adopte des comportements évoluant vers une aggravation en fonction de la rapidité de la réponse thérapeutique ».

- La position antalgique

Il s'agit de trouver une position plus confortable dans des situations de souffrances comme par exemple la position en chien de fusil.

- Le manque d'expression

Ce mécanisme de défense se manifeste par de la tristesse, un manque d'expression global voir de la crispation, un timbre de voix monocorde.

- Désintérêt pour le monde extérieur

Ici on retrouve un retrait du monde extérieur, un repli sur soi, un manque d'élan vital, un taux d'activité à la baisse, l'enfant se coupe du monde.

- Localisation de la zone douloureuse

La zone douloureuse sera protégée par l'enfant qui essaiera de repousser toute personne ou objet pouvant l'approcher.

- Le manque de motricité

Les mouvements sont font de moins en moins facilement, il se déplace le moins qu'il peut, lentement et il y a très peu, voir plus du tout, de mouvements fluides.

- Les plaintes

Selon l'intensité de la souffrance physique l'enfant pourra crier, serrer les poings, pleurer mais il pourra aussi gémir, avoir des expressions faciales et dans des cas où la souffrance dure dans le temps, il pourra ne plus demander d'aide, ne plus pleurer, avoir une attitude apathique. Il se replie sur lui-même, est comme figé. On appelle alors cette attitude de l'atonie psychomotrice.

Au vue des paragraphes précédents, il est nécessaire de se pencher sur l'évaluation de la douleur.

3.2.6 L'Evaluation de la douleur

Selon Jacob (1998) « Le but de l'évaluation de la douleur est d'obtenir une quantification et une qualification de la douleur et de son mécanisme. Elle permet d'une part de proposer au malade le traitement le mieux adapté à son problème et d'autre part aux différents soignants d'employer une méthode commune d'évaluation des traitements qui ont été instaurés. »

Une autre approche de l'évaluation par Dangleterre & Djambay(2000) décrit que l'évaluation est toujours, et ceci indépendamment du domaine médical

choisi, une étape primordiale afin de pouvoir prendre des décisions. L'évaluation, permet aux professionnels de s'ajuster face à la réalité de la situation par un moyen impersonnel. Elle a pour but de ne pas déformer la donnée cible ainsi que de poursuivre les objectifs fixés au préalable, ainsi les professionnels peuvent apprécier la réalisation ou non de ces objectifs. Ceci explique donc il y ait moins de chance qu'ils agissent selon leur propre savoir et que les résultats correspondent à une recherche de meilleure qualité de vie pour le patient.

Les outils d'évaluation de la douleur post-opératoire en fonction de l'âge de l'enfant (selon Dangleterre & Djambay 2000)

Différents outils d'auto et d'hétéro-évaluation existent et permettent, selon l'âge de l'enfant, d'avoir un regard sur l'intensité de la douleur subie par ce dernier.

- L'hétéro-évaluation

C'est la seule possibilité d'évaluation chez le petit enfant qui n'est pas encore capable de s'auto-évaluer. Elle utilise des échelles à travers lesquelles on pourra apprécier des codifications de comportements douloureux (hétéro-évaluation comportementale) ou alors des outils prévus initialement pour une auto-évaluation comme l'EVA (l'hétéro-évaluation globale).

- L'échelle Amiel-Tison

Cette échelle a été conçue afin d'évaluer la douleur ressentie après une opération chez les petits âgés de 0 à 3 mois. Plus le chiffre est élevé moins l'enfant souffre.

- L'échelle CHEOPS² (Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale).

A été mis en place pour apprécier la douleur chez un enfant de 1 à 5 ans qui a subi une opération. Elle présente 6 items dont : les cris et pleurs, visage,

² C.f annexe 1, p.I.

plaintes verbales, corps, mains, jambes. Ce sont les soignants qui doivent mesurer le score.

- L'auto-évaluation entre 3 et 5 ans

C'est un recueil de données fait par l'enfant à propos de sa douleur.

-L'échelle des mimiques est appropriée pour les enfants qui ont entre 4 et 5 ans.

- L'échelle visuelle analogique (EVA)³

Cet outil s'adresse pour des enfants dès 5 ans. Il très fiable et surtout utilisé dans des situations où une douleur aiguë ou chronique est présente.

Il se présente sous une forme de réglette avec un curseur déplaçable. A gauche et noté : pas de douleur et à droite : douleur maximale imaginable et le patient déplace lui-même le curseur.

- Le dessin du bonhomme

Approprié pour les enfants dès 5 ans car ils ont acquis leur image corporelle, le dessin du bonhomme est constitué d'une silhouette à deux faces. On demande à l'enfant de choisir des couleurs selon l'intensité de la douleur et de les dessiner sur le bonhomme, à l'endroit où il a mal.

- L'échelle des mots.

Cet instrument multidimensionnel adapté pour les enfants dès 8 ans permet non seulement de mesurer l'intensité de la douleur mais aussi des aspects affectifs et sensoriels.

³ C.f annexe 2, p.II.

3.3 La famille

Il est important de parler brièvement de la famille. En effet, lorsqu'un enfant est hospitalisé, l'infirmière aura à faire avec certains membres de la famille du patient. Il est donc intéressant de savoir qu'elle est leur place dans la parenté et qu'elles sont leur représentation de la maladie.

3.3.1 Définitions

Lorsque l'on parle de famille on entend « un groupe de personnes liées par des liens de filiation et d'alliance »

(<http://www.vie-publique.fr/th/glossaire/famille.html>).

D'ailleurs, selon Pison & Toulemon, Ined, pour la CSI (2005) « Une famille regroupe des personnes liées par des liens de filiation (père-fils, mère-fille, etc.) et d'alliance (conjoint). Pour le recensement, une famille est composée d'un couple parental (ou un seul parent) et de ses enfants, vivant dans le même ménage. La famille élargie comprend également les oncles et tantes, les grands-parents, les cousins et les neveux, les petits-enfants ».

3.3.2 La maladie au sein d'une famille

Lorsqu'un membre d'une famille est atteint d'une maladie, les effets de cette dernière peuvent retentir sur chacun.

L'auteur (Goubier-Boula, *ibid.*, pp.78-79) soulève que lorsqu'une maladie existe dans une famille la communication se péjore. Une sorte de mutisme s'installe entre les individus, ils n'échangent plus leurs sentiments, ne dévoilent rien concernant le diagnostic et le pronostic et ils se coupent peu à peu des soignants. Ce mutisme s'installant progressivement peut renfoncer les peurs, les angoisses et l'isolement du patient.

3.4 La pédiatrie

Au vue du thème choisi pour ce travail, il a été décidé de présenter une petite définition du terme « pédiatrie » afin de pouvoir mieux comprendre en quoi cela consiste.

Afin de définir la pédiatrie, il est intéressant de se plonger dans l'histoire. En effet, bien que le mot pédiatrie ait été utilisé pour la première fois au 18ème siècle, la médecine ne s'est réellement penchée sur les soins des enfants qu'au 19ème siècle. Nous pouvons prendre en exemple l'hôpital Necker à Paris qui a ouvert ses portes en 1802. Cependant, ce n'est qu'au 20ème siècle que la médecine des enfants a vraiment pu s'affirmer comme spécialité et ceci grâce à de meilleures conditions de vie comme le taux infantile de mortalité qui a chuté, l'hygiène et à l'alimentation qui se sont améliorées ainsi que les moyens thérapeutiques qui se sont développés. De plus, la place de l'enfant dans la société a changée, il n'est plus vu en tant "qu'enfant objet géré par la famille" mais comme un personne à part entière, qui a ses propres capacités de discernement. Ce qui a également modifié la manière de travailler des médecins (Suter, s.d. pp. 63,67).

3.5 La prise en charge optimale

La prise en charge optimale du patient est le but de toute collaboration entre soignants et parents. C'est pourquoi les prochains paragraphes vont se pencher sur la prise en charge de la douleur chez l'enfant et ses caractéristiques.

3.5.1 Définition

Selon les auteurs, Blouin & Bergeron (1997, p.60) la prise en charge peut se définir comme une « intervention visant à s'occuper d'une partie importante ou de toute la problématique d'une personne ayant des incapacités ».

3.5.2 Les ressources pour une meilleure prise en charge de la douleur

Comme l'expliquent Avet, F., Avet, S., Lacombe, Lunghi, Maille, Theurin & Perrot (2006, pp.21-22), la prise en charge de la douleur ne peut exister que si plusieurs facteurs entrent en jeu. Ces facteurs sont « la volonté politique et ses mesures efficaces, la formation du personnel soignant et la dynamique individuelle et collective ».

En effet, la douleur, sur le plan politique tout d'abord, s'inscrit dans une des priorités, ce que confirme le plan 2006-2010⁴. La dynamique collective est décrite par la prise en charge pluridisciplinaire. Cette dernière, grâce à des « supports de transmission communs » est, selon les auteurs (Avet, F., Avet, S., Lacombe, Lunghi, Maille, Theurin & Perrot, 2006, pp.21-22), capitale pour atteindre une prise en charge efficace du patient.

Quant à la formation du personnel soignant, les auteurs expliquent que la simple connaissance physiopathologique ne suffit pas. Afin d'avoir une approche de la douleur de qualité et de pouvoir offrir une prise en charge adaptée, les expériences et le savoir-faire sont primordiaux (Avet, F., Avet, S., Lacombe, Lunghi, Maille, Theurin & Perrot, 2006, p.22).

Afin de compléter les paragraphes décrits ci-dessus, des aspects décrits par d'autres auteurs (Ecoffey & Murat, 1999) pouvant rendre une prise en charge optimale vont être développés.

3.5.3 La relation avec l'enfant qui souffre

Comme décrivent Ecoffey & Murat (1999, p.110), le but de la relation avec l'enfant douloureux est de rompre le cercle vicieux : douleur-anxiété-douleur.

Ceci est possible grâce à chaque moyen, aussi petit qu'il soit, que se donne les soignants. Les auteurs expliquent que le fait de diminuer l'anxiété de l'enfant, d'augmenter le sentiment de confiance et de détendre l'enfant en le distrayant peut déjà être un moyen antalgique.

⁴ C.f. annexe 3, p.II.

Il est aussi expliqué que l'accueil de l'enfant et de sa famille à l'hôpital, la communication et l'information sont des aspects primordiaux à une prise en charge de qualité. En effet, si les soignants sont clairs à propos de la maladie et des traitements, l'enfant et ses parents se sentiront en confiance et seront plus aptes à collaborer avec ces derniers.

De plus, Ecoffey & Murat(1999, p.111) relèvent que l'enfant n'a pas à prouver aux soignants qu'il souffre. Le personnel infirmier devrait aborder l'enfant douloureux avec « une relation de confiance », ils devraient l'approcher avec « une distance affective, sans séduction mais avec chaleur et compassion ». Les auteurs rajoutent que le fruit d'une alliance thérapeutique résulte aussi d'un examen clinique. C'est pourquoi il est important que les soignants s'informent auprès des enfants hospitalisés et des parents des expériences de douleur passées. Ceci permettra au personnel infirmier de récolter des informations utiles pour la gestion de la situation présente (Ecoffey & Murat, 1999, p.111).

4 Méthodologie

La douleur chez l'enfant est un phénomène qui a toujours existé mais qui n'a pas toujours été pris en considération. Lorsqu'un enfant est hospitalisé, ses parents se sentent concernés et touchés. Ces derniers ont une vision et une expertise de la douleur qui leur est propre. Chez les soignants, on retrouve le même phénomène.

Au vue des divergences concernant la collaboration entre parents et infirmiers face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé, il est intéressant d'interroger la communauté scientifique. La collaboration entre les soignants et les parents est très importante dans la prise en charge et l'évaluation de la douleur physique chez l'enfant hospitalisé. En effet, si ces derniers ne sont pas capables de travailler ensemble, la qualité de prise en charge de la douleur de l'enfant ne pourra être optimale.

Afin de répondre à la question : « Comment envisager une collaboration entre parents et infirmiers face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé en service de pédiatrie en vue d'offrir une prise en charge optimale au patient ? »

Une recherche de littérature a été effectuée dans les banques de données PubMed/ Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>).

Une association de plusieurs termes-Mesh a permis d'obtenir des informations pertinentes concernant la question de recherche. La recension des études s'est déroulée de mars 2008 jusqu'en mars 2009. Lors des recherches d'études probantes, quelques difficultés se sont présentées. Au début des recherches, il était convenu que les études devaient traiter de la collaboration face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé et ceci du point de vu des parents mais aussi du soignant. Cependant, très peu de recherches parlent de tous ces aspects. Il a donc été décidé de prendre en considération chaque recherche trouvée, même si elle ne traitait pas exactement du thème défini, et de s'attarder sur l'aspect intéressant concernant la question de recherche.

Les recherches sélectionnées⁵ ont été analysées sur la base des critères suivants :

- Titre de la recherche, nom des auteurs, année, revue de publication
- But de l'étude
- Population concernée
- Design
- Méthodologie
- Discussion et résultats

4.1 Critères de sélection

Les articles scientifiques choisis devaient être publiés depuis 1990. Ce critère a été mis en place afin de limiter les recherches. En effet, le sujet permettait de prendre des études en considération depuis les années 90 puisque la collaboration entre parents et soignants a vue le jour dans les années 80. Cette date limite a été fixée afin d'éviter des données pas assez récentes concernant

⁵ Cf. tableaux en annexes, pp.III-XL.

les soins et l'évaluation de la douleur, pouvant amener à des résultats actuels peu probants.

Les langues sélectionnées étaient le français l'anglais et l'allemand. Les enfants concernés devaient avoir entre 0 et 11 ans. Le lieu de soins devait se passer à l'hôpital, dans un service de pédiatrie ou en milieu aigu. Les études devaient parler de la douleur chez l'enfant mais également des parents ou des soignants.

Les études ont été sélectionnées selon leur qualité. Elles devaient comporter un résumé, un setting complet, une méthodologie détaillée, et des résultats devaient être clairement formulés. Cependant, certaines études ont tout de même été prises en considération bien que leur qualité fasse défaut. En effet, grâce à leur contenu probant et très intéressant pour la question de recherche il a été décidé de les conserver.

4.2 Critères d'exclusion

- recherches portant que sur le sujet de la douleur
- recherches parlant des soins pédiatriques à domicile
- recherches publiées dans un journal ou une revue non reconnue
- recherches traitant d'autres pathologies comme le cancer ou la mucoviscidose.

4.3 Termes Mesh utilisés

- children: A child is a human being in its period of development between birth and puberty
- pain: Pain is a complex multidimensional subjective experience consists of both sensory components and emotional components

- hospitalized children: This is a child, aged 5 to 12 years old(for the research) and who is hospitalized for somatic reasons
- partnership: The partnership means a formal agreement between two or more parties that have agreed to work together in the pursuit of common goals
- collaboration: Action to work, to work with someone
- pain assessment: The pain assessment is the objectification of pain of a child using a tool adapted to their age and their condition
- parents: Persons functioning as natural, adoptive, or substitute parents. The heading includes the concept of parenthood as well as preparation for becoming a parent
- nurses: Is a person whose job is to deliver nursing care
- family: A social group consisting of parents or parent substitutes and children.

4.4 Résultats des stratégies de recherche

Stratégie n°1.

Mesh: (((((paediatric) AND (pain)) AND (nurse)) AND (parent)) AND (child))

26 articles trouvés

- Paediatric pain assessment: Differences between triage nurse, child and parent.

Rajasagaram, U., Taylor, D.M., Braitberg, G., Pearsell, J.P., Capp, B.A. J. of pediatric

Child Health. 2009 Apr; 45(4):199-203.

Stratégie n°2.

Mesh: (((parent) AND (nurse)) AND (interactions)) AND (hospitalized children)) AND (care).

10 articles trouvés

- Parent-nurse interactions: Care of hospitalized children. Espezel HJ, Canam CJ.

J. Adv. Nurs. 2003 Oct; 44(1):34-41. Review.

Stratégie n°3.

Mesh: (("Pain Measurement") AND ("Pain, Postoperative/prevention and control")) AND ("Child, Hospitalized/psychology").

articles trouvés

- Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods.

Pölkki T, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K.

J. Nurs. Stud. 2003 Jan; 40(1):33-44.

Stratégie n°4.

Mesh: (("Pediatric Nursing") AND ("Parents/education")) AND ("Child, Hospitalized/psychology")

40 articles trouvés

- Parent participation in the care of hospitalized children: A systematic review. Power, N., Franck, L. J Adv Nurs. 2008 Jun; 62(6):622-41.

Stratégie n°5.

Mesh : (((((((young) AND (child's)) AND (pain)) AND (parents)) AND (nurses)) AND (take)) AND (care)

1 article trouvé

- A young child's pain: How parents and nurses "take care". Woodgate R, Kristjanson, L.J. J Nurs Stud. 1996 Jun; 33(3):271-84.

Stratégie n°6.

Mesh: (("Child, Hospitalized/psychology") AND ("Pain Measurement")) AND ("Parents/education")

3 articles trouvés

- Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods.
Pölkki, T., Pietilä, A.M., Vehviläinen-Julkunen, K. Int. J. Nurs. Stud. 2003 Jan; 40(1):33-44.

Stratégie n°7.

Mesh: (((("Child") AND ("Nurses/psychology")) AND ("Pain, Postoperative/nursing")) AND ("Parents/education")) AND ("Perception"))

1 article trouvé

- Nurses' perceptions of parental guidance in pediatric surgical pain relief.
Pölkki T. Int J. Nurs Stud. 2002 Mar; 39(3):319-27.

Stratégie n°8.

Mesh : (((((((("Child, Hospitalized/psychology") AND ("Parents/education")) OR ("Pain, Postoperative/psychology")) AND ("Professional-Family Relations")) AND ("Needs Assessment")) AND ("Communication"))

1 article trouvé

- Poor communication and knowledge deficits: Obstacles to effective management of children's postoperative pain. Simons, J., Roberson, E.J Adv Nurs. 2002. 40(1):78-86.

Stratégie n°9.

Mesh: (((("Child") OR ("Child, Hospitalized/statistics and numerical data")) AND ("Pain Measurement")) AND ("Analgesics/therapeutic use"))

641 articles trouvés

- Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. Taylor, E.M., Boyer, K., & Campbell, F.A. Pain Res. Manag. 2008.13(1): 25–32.

Stratégie n°10.

Mesh: (("Parents/psychology") AND ("Nursing Staff, Hospital/psychology")) AND ("Child")

77 articles trouvés

- Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care. Ygge, B.M., Lindholm, C, Arnetz J.J Adv Nurs. 2006. 53(5).pp.534-42.

Stratégie n°11

Mesh : (((("Professional-Family Relations") AND ("Nursing Staff/psychology")) AND ("Communication")) AND ("Child")) AND ("Family Health"))

2 articles trouvés

- What does partnership in care mean for children's nurses? Lee P. J. Clin. Nurs. 2007.16(3). pp.518-26.

Stratégie n°12

Mesh : (("Professional-Family Relations") AND ("Pain, Postoperative/nursing")) AND ("Child, Hospitalized")

3 articles trouvés

- Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers.

Pölkki T, Pietilä AM, Vehviläinen-Julkunen K, Laukkala H, Ryhänen P.
J. Pediatr. Nurs. 2002.17(4). pp.270-8.

- Parent involvement in children's pain care: Views of parents and nurses.
Simons J, Franck L, Roberson E. J. Adv. Nurs. 2001. 36(4). pp. 591-9.
- A young child's pain: How parents and nurses 'take care'.
Woodgate R, Kristjanson LJ. Int. J. Nurs. Stud. 1996. 33(3).pp. 271-84.

5 Résultats

Suite à la lecture et à l'analyse des différentes études, plusieurs thèmes communs sont ressortis:

- l'amélioration de la communication
- les expériences personnelles d'hospitalisation et de douleur
- les acteurs et moyens intervenants dans l'évaluation de la douleur
- la présence des parents lors de soins ou de gestes douloureux

5.1 La communication de qualité

Dans les résultats, trois auteurs ont relevé que la communication entre les soignants et les parents de l'enfant hospitalisé était l'élément clé de la collaboration (Woodgate & Kristjanson, 1996), (Simons & Roberson, 2002), (Lee, 2007). En outre, deux recherches (Casey, 1988 & Coyne, 1996) & (Lee, 2007) ont également considéré la négociation comme étant un autre élément important de la communication.

Cependant, comme l'indiquent la recherche de Long (2003) et celle de Simons, Franck & Roberson (2001), la communication n'est pas toujours évidente.

D'ailleurs, Lee (2007), cite le manque de compréhension des parents comme étant un préjudice pour la collaboration.

Dans l'étude de Simons, Franck & Roberson (2001), il est également expliqué que les parents n'osent pas aller chercher des informations qu'ils souhaiteraient obtenir vers les infirmières de crainte de se faire juger. En effet, ces derniers expriment que ceci indiquerait un manque de confiance face aux décisions des soignants. D'après les auteurs Woodgate & Kristjanson (1996), le niveau de communication entre les parents et les infirmières joue un rôle capital dans les soins des enfants hospitalisés. Selon eux, les parents sont le lien entre les infirmières et les enfants et ceci d'autant plus lors de moments de grande douleur.

Il est aussi expliqué que les parents ont besoin d'informations au sujet de la douleur et de sa gestion. Les infirmières sont donc en mesure d'amener des renseignements concernant la douleur et la manière d'interpréter le comportement de l'enfant souffrant aux parents demandeurs. Pour ceci, les soignants doivent savoir reconnaître l'importance de la communication (Simons & Roberson, 2002).

Kalmanson & Seligman(1992) suggèrent qu'il est primordial que les soignants développent une alliance de travail avec les patients ainsi qu'avec leur famille si les soignants veulent que les interventions réussissent.

Ashworth et al.(1992) complètent en affirmant que développer une relation basée sur la confiance et le respect, dans laquelle existe une communication ouverte et honnête et où il y a une compréhension mutuelle, est nécessaire pour l'autonomisation et la collaboration.

Les participants à l'étude de Lee (2007) ont d'ailleurs décrit combien il était important que la voix de l'enfant et de la famille soit écoutée et que les parents comprennent ce qui se passe.

Comme le relèvent Simons, Franck & Roberson (2001), lorsqu'il y a une difficulté de communication entre parents et soignants, ceci crée de la frustration pour les deux partis.

Le défi pour les soins pédiatriques, selon Kalmanson & Seligman(1992), serait donc d'établir et de maintenir des maillons de communication avec les parents, ce qui leur permettrait d'exprimer leurs besoins.

5.2 Les expériences personnelles d'hospitalisation et de douleur

Selon certains auteurs, (Woodgate & Kristjanson, 1996), (Pölki, 2001) et (Lee, 2007) les expériences antérieures de douleur que les soignants ou les parents auraient pu vivre avec leurs propres enfants modifieraient leur façon de prendre en charge le patient douloureux en service de pédiatrie. En effet, Woodgate & Kristjanson (1996) expliquent que les parents et les soignants possèdent chacun des expériences personnelles quant à la douleur de l'enfant et que ces expériences les aideront à appréhender celle de l'enfant hospitalisé. Ces derniers relèvent aussi que les parents n'ayant jamais vu leur enfant souffrir auront de la peine à interpréter le comportement de leur enfant hospitalisé face à la douleur. Woodgate & Kristjanson (1996) ne sont pas les seuls à relever ces faits, Pölkki, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2002) ont, eux aussi, stipulé que les infirmières ayant vécues au moins deux hospitalisations avec leur propre enfant donnaient des informations plus fournies aux familles que celles qui n'en avaient jamais vécues.

Comme le stipulent Pölkki, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2002), les parents peuvent rapporter les manières qu'ils ont pour « faire face » à domicile car ils ont accès aux comportements de leur enfant et ont plus de perspicacité lorsque leur enfant a des besoins complexes.

5.3 Les acteurs et moyens intervenant dans l'évaluation de la douleur

L'évaluation de la douleur chez l'enfant peut être appréhendée de plusieurs manières. Les auteurs Rajasagaram, Mc Taylor, Braitberg, Pearsell & Capp (2008) montrent, de part leur étude⁶, que les infirmières sous-estiment la douleur de l'enfant. En effet, les résultats de leur étude ont montré que les scores de douleur des soignantes étaient inférieurs à ceux des parents et des enfants. Cette sous-évaluation de la douleur a un impact négatif considérable sur celle-ci. Afin d'éviter cette sous-évaluation, des moyens efficaces devraient être mis en place.

⁶ C.f. tableaux en annexes, p. 66.

Selon Rajasagaram, Mc Taylor, Braitberg, Pearsell & Capp (2008), le meilleur “standard” pour évaluer la douleur est l'enfant lui-même. En effet, comme l'expliquent Pölkki, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen (2002), les enfants d'âge scolaire hospitalisés sont capables de décrire leur douleur ainsi que les méthodes qu'ils souhaitent pour soulager cette dernière. A cet âge, l'enfant utilise lui-même des méthodes personnelles pour soulager sa douleur (distraction, jeux, musique, etc.). Ceci signifie que les enfants pourraient participer à la mise en place de la planification de la gestion de leur douleur à l'hôpital. Le deuxième meilleur standard d'évaluation après les enfants, lorsque l'auto-évaluation de la douleur n'est pas possible, sont les parents (Simons, Franck & Roberson, 2001). Effectivement, les parents sont toujours attentifs aux signes de douleur de leur enfant et désirent répondre immédiatement à chaque indice de souffrance (Woodgate & Kristjanson, 1996).

5.4 La présence des parents lors de soins ou de gestes douloureux

Cinq études se sont penchées sur la question de savoir si les parents avaient un rôle à tenir dans les soins et si leur présence auprès des soignants lors des soins ou de gestes invasifs était appropriée (Carbajal, Bonin, Simon, Karam & Briere, 1999)(Simons, Franck & Roberson, 2001) (Power & Franck, 2008) (Simons & Roberson, 2002) (Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen, Laukkala, Ryhänen, 2002). D'après l'étude de Carbajal, Bonin, Simon, Karam, & Briere(1999), la présence des parents auprès de l'enfant lors de soins ou de gestes douloureux diminue l'anxiété de ces derniers et augmente leur satisfaction. Il a également été relevé que la présence des parents était bien vue par les soignants et qu'elle les rendaient peu nerveux. D'ailleurs, un des résultats de l'étude de Woodgate & Kristjanson(1996), stipule que les parents jouent un rôle central dans les soins aux enfants. Selon eux, les parents sont le lien entre les infirmières et les enfants et ceci particulièrement pendant les moments de douleurs. Selon Power & Franck (2008), Les parents veulent et attendent de participer à la prise en charge de la douleur que subit leur enfant hospitalisé.

Cependant, une étude de Simons & Roberson (2001) montre que les parents et les soignants peuvent avoir des perceptions partagées à propos de la participation. Dans cette étude, il est stipulé que les infirmières n'invitent pas forcément les parents à être activement impliqués et ne discutent pas les différentes manières de participer avec ces derniers. Selon ces auteurs, la cause pourrait être la différence de pouvoir entre les deux protagonistes. Dans cette même recherche, les auteurs déclarent que les soignants craignent une perte de temps et une augmentation de la charge de travail s'ils font plus participer les parents. De plus, ces derniers craignent aussi de perdre le contrôle et leur statut. Simons & Roberson (2001) relèvent que les infirmières ne reconnaissent pas et n'utilisent pas assez l'expertise des parents, ceci pouvant conduire à des soins sous-optimaux.

En outre, une étude de Power & Franck (2008) révèle que la participation aux soins peut parfois stresser les parents.

Au vue de ces divergences, l'idéal serait de laisser le choix aux parents de participer ou non aux soins ou aux gestes invasifs que subit l'enfant (Simons & Roberson, 2001).

6 Discussion

Dans ce chapitre, la méthodologie sera critiquée et les résultats seront mis en liens avec les cadres théoriques de la première partie de ce travail.

6.1 Discussion des résultats des diverses études

Dans cette revue de littérature, quinze études ont été analysées à l'aide d'une grille de lecture. Sur ces quinze recherches, plusieurs « types d'étude » sont ressortis. Trois études étaient de type qualitatif. Les critères qualitatifs se trouvaient au point de vue de la description ainsi que dans le setting, bien que le nombre de personnes choisies ainsi que le type de population étaient quelque peu différents selon les recherches. Deux autres études analysées étaient de type prospectif. L'une présentait un échantillon qui concernait 744 personnes dont 248 enfants, 248 parents, 236 infirmières, 7 médecins et 5

internes et l'autre avait comme échantillon, des critères démographiques tels que l'âge, le sexe, la barrière du langage mais n'indiquait pas le nombre de personnes interrogées. Deux autres études ont été conduites à l'aide d'un design phénoménologique. L'une des deux concernait 40 personnes (20 parents et 20 infirmières) et l'autre 60 personnes (20 parents, 20 infirmières et 20 enfants). Une recherche était de type systématique et concernait les parents d'enfants hospitalisés, infirmières, médecin ou autres soignants d'enfants mais cette dernière n'indiquait pas le nombre de personnes concernées. Une autre étude a été conduite avec un design comparatif et s'est intéressée à 86 patients (enfants douloureux, âgés de 3 à 15 ans). Deux recherches n'ont pas indiqué le type d'étude avec lequel elles ont été conduites. Une recherche de type exploratoire s'est penchée sur l'observation des infirmières en pédiatrie et une autre recherche de même type s'est attardée sur la participation aux soins des parents et le partenariat entre 36 infirmières en pédiatrie et 12 parents d'enfants hospitalisés.

Sur le setting des quinze études analysées, un total de 658 enfants hospitalisés et souffrant de douleurs ainsi 554 parents et de 499 infirmières en pédiatrie ont été pris en considération.

Toutes les études ne portaient pas sur les services de chirurgie pédiatrique. En effet, certaines des douleurs supportées par les enfants hospitalisés n'étaient pas de nature chirurgicale mais provenaient de divers motifs incluant des gestes invasifs (voies veineuses, ablation des fils, etc.), les douleurs dues à une sous médication, etc.). Cependant, ces recherches ont tout de même été prises en considération, étant donné que le partenariat entre les soignants et les parents était présent et qu'une évaluation de la douleur est primordiale dans chaque situation.

L'échantillonnage ainsi que le design (résumé, méthodologie, résultats, discussion, conclusion) des études ont permis de faire un choix parmi celles-ci. En ce qui concerne le setting, les études devaient viser des enfants et/ou des parents d'enfants hospitalisés et des soignants. Plusieurs types d'étude sont apparus lors de l'analyse des recherches mais cela n'a pas été retenu contre le

travail puisque les études portant sur le thème choisi ne sont pas assez nombreuses pour pouvoir en discriminer certaines. Dans la plupart des études sélectionnées, les auteurs demandaient l'accord des participants et dans plusieurs, ces derniers ont mentionné une demande à une commission d'éthique.

La plupart des études ont utilisé des entretiens ou des questionnaires afin de récolter les informations des participants. Dans pratiquement toutes les recherches, les interviews certifiaient l'anonymat des personnes interrogées. Les recommandations éthiques ont donc été respectées dans la majorité des cas.

Même si l'objectif de certaines études analysées n'était pas toujours de déterminer les éléments clés de la collaboration entre parents et soignants, ces dernières ont tout de même été conservées puisqu'elles approchaient des points intéressants et essentiels à l'analyse du thème choisi.

Cependant, un article étant très intéressant du point de vue du contenu n'a tout de même pas été retenu par l'auteur de cette revue de littérature, puisque le design était incomplet et qu'il ne s'agissait pas d'une recherche, ni d'une étude.

Pour ce travail de revue de littérature, la question de recherche était la suivante : « Comment envisager une collaboration entre parents et infirmières face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé en service de pédiatrie en vue d'offrir une prise en charge optimale au patient ? ». Si d'autres revues de littérature se penchaient sur le sujet, il pourrait être intéressant qu'elles formulent la question ainsi : « Quels facteurs permettent d'envisager une collaboration entre parents et infirmières face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé en service de pédiatrie en vue d'offrir une prise en charge optimale au patient ? ». En formulant ainsi la question, les résultats seraient certainement plus précis mais il est important de relever que le risque de ne trouver que très peu de recherches portant directement sur le sujet serait d'autant plus probable.

6.2 Résultats

Dans les recherches quatre points communs étaient ressortis, pour mémoire :

- l'amélioration de la communication
- les acteurs et moyens dans l'évaluation de la douleur
- les expériences personnelles d'hospitalisation et de douleur
- la présence des parents lors de soins ou de gestes douloureux

Dans les paragraphes suivants, des liens entre les résultats et les cadres théoriques de la première partie du travail seront explicités et quelques pistes d'actions pour la pratique seront décrites.

6.2.1 Les acteurs et moyens intervenant dans l'évaluation de la douleur

Dans les résultats il est ressorti que, globalement, l'enfant était la meilleure mesure d'évaluation de sa propre douleur. En second plan, venaient les parents qui étaient également considérés comme étant une excellente source d'évaluation de la douleur.

En effet, Dangleterre & Djambay (2000) expliquent que l'auto-évaluation peut être entreprise chez un enfant qui a entre trois et cinq ans à l'aide d'une échelle des mimiques ou de l'échelle « EVA » (échelle visuelle analogique). Dès huit ans, l'enfant peut expliquer sa douleur et en décrire les causes (Gauvain-Piquard & Meignier, 1993, pp.158-159).

Dans leur ouvrage, Tursz & Cook (1998, p.28) décrivent que les soignants ne devraient pas être seuls face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant puisque les parents connaissent l'histoire de leur enfant face à la douleur et savent comment ce dernier la gère. Ils savent reconnaître la souffrance et en détecter certains signes. C'est pourquoi les parents peuvent fournir des données précieuses aux infirmières lors de prises de décisions et que ces dernières devraient utiliser cette ressource dans la procédure d'évaluation (Tursz & Cook, 1998, p.28). Pour mémoire, Gottlieb & Feeley (2007, pp. 11-12) démontrent

qu'il est primordial que les proches et familles des patients soient considérés comme source indispensable et initiale d'informations. Pour que les parents puissent prendre une part active dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur, un partenariat de collaboration devrait être mis en place. Pour arriver à cela, il faudrait que les infirmières informent les parents de l'importance de leurs perceptions et les incitent à participer à l'évaluation de la douleur (Tursz & Cook, 1998, p.34).

Si, pour quelques raisons, le parent ou l'enfant ne peuvent pas prendre part à l'évaluation de la douleur, certains outils d'évaluation peuvent être utilisés.

Même si peu d'études analysées ont émis la nécessité d'utiliser des échelles d'évaluation de la douleur dans leurs résultats, deux s'en sont tout de même préoccupées et ont traité le sujet (Simons & Roberson, 2002) (Taylor, Boyer & Campbell, 2008). D'ailleurs, les auteurs Danglettre & Djambay (2000) que l'on retrouve dans les pages précédentes, se sont penchées sur l'importance d'améliorer la fiabilité de l'évaluation par l'utilisation d'échelles simples. L'étude de Chevallier (2001) a permis de relever que l'évaluation de la douleur chez l'enfant de moins de quatre ans nécessitait des outils d'hétéroévaluation car ce dernier manque de communication suffisante. Ces outils d'évaluation sont fondés sur des comportements indicateurs de douleur et sont regroupés sous forme d'échelles validées (Amiel-Tison, CHEOPS, etc.). Chez l'enfant âgé de quatre à six ans on peut tenter l'autoévaluation. Il est alors recommandé d'utiliser conjointement l'échelle « EVA » et l'échelle des visages. L'auteur explique que si l'on observe une différence dans les scores obtenus entre les deux outils, ces derniers doivent être considérés comme non valides. A ce moment là, l'hétéroévaluation aura lieu.

Chevallier (2001) explique que chez l'enfant de plus de six ans, l'autoévaluation est le meilleur moyen d'évaluation de douleur. L'outil d'autoévaluation le mieux reconnu étant l'échelle « EVA ».

6.2.2 L'amélioration de la communication

La plupart des résultats des études détaillées sont unanimes quant au bénéfice de la communication entre parents et soignants. Par ailleurs, Woodgate & Kristjanson (1996) stipulent que le niveau de communication entre les parents et les infirmières joue un rôle capital dans les soins des enfants hospitalisés.

Dans leur ouvrage, les propos des auteurs Cook & Tursz (1998, p.34) confirment ces résultats en déclarant que la création d'un partenariat entre les parents et le personnel infirmier serait important puisque cela permettrait aux parents de tenir un rôle actif dans la prise en charge et cela éviterait des sentiments comme l'exculsion.

Etant donné que les parents connaissent mieux que quiconque leur enfant, ils pourront amener de précieuses informations et méthodes de soulagement de douleur à l'équipe soignante afin de rendre la prise en charge plus aisée (Cresson, s.d., citée par Tursz & Cook, 1998, p.168). D'après Tursz & Cook (1998), la collaboration doit passer par des informations détaillées. L'auteur Goubier-Boula (1994, pp.78-79) ajoute que la communication au sein d'une famille se péjore fréquemment lorsqu'un membre souffre. Dès lors un mutisme s'installe entre les individus et ces derniers se coupent peu à peu des soignants. Il est important d'ajouter que ce mutisme peut renforcer les peurs, les angoisses et l'isolement du patient (Goubier-Boula, 1994, pp.78-79). Cependant, comme dans les résultats, des auteurs relèvent que la communication n'est pas toujours facile et que parfois, des conflits peuvent naître entre les familles et les soignants. Cresson ajoute que les parents peuvent identifier leur limites thérapeutiques et qu'ils hésitent peu avant de demander des conseils aux professionnels lorsqu'ils sentent que leurs propres moyens ne suffisent plus. Néanmoins, les parents n'hésitent pas à contrôler et à repérer les gestes des professionnels qui leur semblent incorrectes (s.d. citée par Tursz & Cook, 1998, p.168).

Ecoffey & Murat (1999, p.110) expliquent que pour tendre à une prise en charge de qualité, l'accueil des enfants et de ses parents à l'hôpital est essentiel. En effet, si les infirmières donnent des informations précises sur les maux et les traitements, les parents ainsi que les enfants souffrants se sentiront rassurés et seront plus ouverts à la collaboration.

6.2.3 Les expériences personnelles d'hospitalisation et de douleur

Comme les résultats l'indiquent, la plupart des études s'attardant sur le sujet démontrent que les infirmières ou parents ayant eu des expériences hospitalières antérieures avec leurs enfants ont plus de facilité à concevoir une nouvelle hospitalisation et auront donc plus d'aisance et moins d'anxiété.

Par ailleurs, selon Gottlieb & Feeley (2007, p.25), les familles qui prennent une part active dans le partenariat avec les soignants ont plus de chances de pouvoir retravailler en collaboration dans d'autres situations de soins qu'elles rencontreront ou lors de futures hospitalisations. D'après Dangleterre & Djambay (2000), il existe des facteurs d'influence, comme des douleurs vécues par l'enfant ou son entourage dans le passé, qui peuvent intensifier l'expression de la douleur.

Avet, S., Avet, F., Lacombe, Lunghi, Maille, Theurin & Perrot (2006, p.22) ajoutent que les expériences et le savoir-faire sont essentiels pour tendre à une approche et à une prise en charge de la douleur de qualité et adaptée.

6.2.4 La présence des parents dans les soins

Dans les résultats, il était ressorti que la présence des parents lors de soins douloureux était bénéfique pour l'enfant et qu'elle ne portait pas préjudice à la performance du personnel soignant. Il ressortait également que 94% des soignants trouvaient cette présence bénéfique (Carbajal, Bonin, Simon, Karam, & Briere, 1999).

Pour mémoire, selon des études menées par Robinson (1996, cité par Gottlieb & Feeley, 2007, p.22), il a été démontré que la collaboration était bénéfique pour les parents, les soignants et l'enfant. Les familles interrogées dans ces études ont apprécié de pouvoir tenir un rôle actif aux côtés des soignants car ces derniers ne donnaient pas d'ordre mais accompagnaient les parents à se rendre compte de ce qu'ils pouvaient faire. Une autre étude ajoute que les parents se considèrent souvent comme décideurs au sujet des soins de leur enfant, ayant leurs compétences et perçoivent les infirmières comme étant des conseillers dont ils acceptent ou non les recommandations. Dans cette même

étude, les parents voulaient tenir un rôle complet et désiraient que les soignants respectent leurs décisions ainsi que leurs compétences (Kirschbaum & Knaff, 1996, cités par Gottlieb & Feeley, 2007, p.21). Gottlieb & Feeley, 2007, p.11-12, ajoutent que chaque partenaire a des éléments à offrir afin de rendre la collaboration plus riche.

Pourtant, d'autres recherches démontrent le contraire de ce qui a été mentionné jusqu'à présent. D'ailleurs, les auteurs Thorne & Robinson (1998, cités par Gottlieb & Feeley, 2007, p.20) stipulent que les parents qu'ils ont interrogés préfèrent que les soignants prennent certaines décisions. D'après Thompson (1993, cité par Gottlieb & Feeley, 2007, p.20), la clé de la collaboration est que chaque participant ait un rôle bien précis pour un domaine particulier.

Il est important de relever que les personnes désirant collaborer mais à qui on ne fournit pas un rôle actif dans la prise de décisions, éprouveront des sentiments de colère et de frustration qui pourront entraver à une collaboration entre soignants et parents (Kirschbaum & Knaff, 1996, cités par Gottlieb & Feeley, 2007, p.21).

Pour mémoire, Thibault-Wanquet (2008, pp.25-26) expose dans son ouvrage des témoignages et des recueils de différents soignants (infirmières, médecins et puéricultrices) qui s'interrogent sur le bénéfice de la présence des parents dans les services. Ces professionnels indiquent que leurs doutes sont alimentés par le manque de disponibilité des équipes, par la surcharge de travail et de la concentration qu'il faut investir lors de la réalisation d'un geste technique. Dans le même livre, un autre témoignage de jeunes infirmières expose les difficultés quotidiennes qu'elles rencontrent lorsqu'elles travaillent en présence des parents.

Ce témoignage met en évidence les difficultés que vivent les infirmières. Ces dernières expliquent qu'elles connaissent les besoins des enfants et savent notamment qu'ils désirent la présence de leur parents. Néanmoins, lorsque l'anxiété parentale est trop forte et que la contrainte est trop grande, elles font sortir les parents de la chambre afin d'éviter conflits et confrontation.

En somme, les professionnels tiennent un discours paradoxal au sujet de la présence des parents lors de soins. D'un côté ils sont conscients du bénéfice de la présence des parents, et de l'autre, lorsque les conditions d'accueil ne

sont pas optimales, ils ont de la peine à mettre en oeuvre cette conviction (Thibault-Wanquet , 2008, p.26).

Comme il a déjà été nommé, le bénéfice de la présence des parents lors de soins a été démontrée. Elle est avantageuse pour tout le monde, elle permet de rassurer l'enfant, de lui faire exprimer des émotions. Pour les parents, elle permet de jouer un rôle dans le partenariat tout en conservant leur responsabilité de parents protecteurs. Pour les soignants, les études ont démontré que la présence des parents ne modifiait pas la réussite des soins.

Cependant "la systématisation de cette présence lors des soins nécessite que l'ensemble des personnels médicaux et paramédicaux soient en mesure d'assurer leurs actions en présence des parents" (Thibault-Wanquet, 2008, p.90).

Afin d'améliorer la pratique, la possibilité de présence des parents ne devrait pas être décidée par le personnel soignant mais par une politique instaurée et énoncée dans les services.

De plus, la présence aux côté des soignants ne devrait pas être imposée aux parents. En effet, les infirmières devraient laisser le choix aux parents d'assister ou non aux soins et de s'adapter aux changements d'avis qui peuvent se produire en cours de situation.

En outre, il serait important que les soignants expliquent aux parents le rôle qu'ils peuvent tenir lors du soin et qu'ils leur fournissent des explications quant à certains gestes prodigués (Thibault-Wanquet, 2008, p.90).

6.2.5 Le lien entre les différents résultats

Au vue des résultats et des discussions, les points forts ressortants sont la communication et l'information. Ceci est compréhensible puisque les besoins d'informations permettent aux parents d'avoir des données concernant leur enfant et de connaître certains gestes à leurs prodiguer. Il faut tout de même relever que le besoin d'information peut également cacher d'autres besoins, comme celui de diminuer l'anxiété ou celui d'être rassuré. De plus, l'information permet une meilleure compréhension entre les parents et les soignants, ce qui peut aider à une meilleure collaboration.

6.2.6 Réponse à la question

Les résultats des études analysées ont permis de ressortir des éléments permettant d'envisager la collaboration entre parents et infirmières, pour mémoire, ces quatre éléments sont:

- l'amélioration de la communication
- les acteurs et moyens intervenant dans l'évaluation de la douleur
- l'influence des expériences personnelles d'hospitalisation et de douleur
- la présence des parents lors de soins.

Toutes les recherches analysées ont traité de la douleur de l'enfant hospitalisé, des parents et infirmières et certaines se sont penchées en plus sur l'évaluation de cette douleur. La communication est décrite par la plupart des études comme étant l'élément le plus important pour la collaboration. Ensuite viennent les acteurs et moyens intervenant dans l'évaluation de la douleur et la présence des parents dans les soins. L'influence des expériences personnelles n'a été traitée que par deux recherches. C'est pourquoi, même si toutes les recherches ne portaient pas sur la collaboration face à l'évaluation de la douleur, les facteurs favorisant ont tout de même été pris en compte. La réponse à la question de recherche a donc pu être donnée.

7 Conclusion

Afin de conclure ce travail de revue de littérature, les conséquences pour les soins seront décrites, les besoins de futures recherches seront exposés et les points faibles ainsi que les points forts du travail seront ressortis.

7.1 Conséquences pour les soins

Au regard de la discussion, les actions concrètes suivantes peuvent être relevées pour la pratique.

En ce qui concerne les moyens et les facteurs influençant l'évaluation de la douleur, il a été démontré dans les études de Rajasagaram, Mc Taylor, Braitberg, Pearsell & Capp (2008) et de Simons, Franck & Roberson (2001) que l'enfant et les parents étaient les meilleures mesures d'évaluation. Il a également été relevé que les parents connaissent les habitudes de leur enfant, la manière dont ce dernier gère sa douleur. Les parents ont donc la capacité d'offrir des données précieuses aux soignants.

Recommandation pour la pratique : une collaboration devrait être mise en place entre les infirmières et les parents. Pour tendre vers ceci, les soignantes devraient informer les parents sur l'importance de leurs perceptions et devraient plus les inciter à participer aux soins (Tursz & Cook, 1998, p.34).

Quant à l'amélioration de la communication, Ecoffey & Murat (1999, p.110) expliquent que pour tendre à une prise en charge de qualité, l'accueil de l'enfant et de ses parents offert par les infirmières est un aspect essentiel. En effet, pour l'amélioration de la pratique professionnelle, les infirmières devraient donner plus d'informations à propos des maux, des diagnostics et des traitements de l'enfant. Ceci rassurerait les parents ainsi que l'enfant et les mettrait dans un climat de confiance, ce qui permettrait la mise en place d'une collaboration avec la soignante.

A propos des expériences personnelles d'hospitalisation et de douleur, les auteurs Avet, S., Avet, F., Lacombe, Lunghi, Maille, Theurin & Perrot (2006, p.22) expliquent que le savoir-faire et les expériences personnelles sont capitales si l'on veut atteindre une bonne prise en charge de la douleur.

Concernant la présence des parents lors de soins, selon Thibault-Wanquet (2008, p.90), pour améliorer la pratique, il serait primordial que la décision de la

présence ou non des parents auprès des soignants ne soit pas décidée par les soignants eux-mêmes mais par une politique instaurée dans le service. Selon cet auteur, il serait aussi important de laisser libre choix aux parents de participer ou non et les soignants devraient accepter si ces derniers changent d'avis en cours de route. De plus, les infirmières devraient expliquer aux parents le rôle que ceux-ci peuvent tenir lors de participation aux soins.

Dans cette revue de littérature, il a été démontré que lorsqu'un enfant hospitalisé a des douleurs, la présence de ses parents auprès de lui est bénéfique pour ces derniers ainsi que pour le petit patient. Il est donc nécessaire qu'une collaboration entre parents et infirmières s'installe.

Comme le mentionne cette revue littéraire, si les soignantes offrent une place aux parents, que ces dernières leur expliquent ce qu'ils peuvent faire, comment ils peuvent participer et qu'elles accompagnent leurs désirs, leurs craintes et interrogations tout au long de l'hospitalisation de l'enfant, la collaboration pourra alors prendre forme.

En effet, il est primordial que la famille se sente en confiance afin qu'elle ose prendre la place qu'elle désire auprès des infirmières.

Pour que cette collaboration puisse prendre forme plus aisément, il serait peut-être judicieux que les services pédiatriques mettent en place des "règles d'or" expliquant aux soignants comment approcher les parents et quel rôle leur laisser dans les soins.

Pour se faire, il serait également indispensable que les infirmières disposent de temps, hors des tâches administratives, pour pouvoir travailler avec les parents autour de la prise en charge de l'enfant souffrant.

7.2 Besoins dans les futures recherches

Afin de pouvoir élaborer des stratégies et de définir des éléments amenant à la collaboration entre parents et infirmières face à l'évaluation de la douleur chez l'enfant hospitalisé, il serait indispensable que le nombre d'études portant sur ce sujet soit plus conséquent. Il serait également intéressant que les futures recherches se penchent sur l'influence qu'exerce la collaboration entre parents

et infirmières sur la qualité de la prise en charge de l'enfant douloureux hospitalisé en Suisse. Une recherche sur le vécu de la collaboration entre parents et infirmières lors de l'hospitalisation d'un enfant, dans une structure suisse, pourrait également apporter de nouveaux éléments à la recherche infirmière.

7.3 Points forts et faibles de cette revue de littérature

Ce travail de revue de littérature arrivant à terme, l'auteur désire mettre en exergue les points forts et les points faibles de ce dernier.

Tout d'abord, la méthodologie des études analysées a été un point positif. En effet, toutes les recherches étaient de bonne qualité, c'est-à-dire qu'elles possédaient : un résumé, une méthodologie, des résultats et une discussion. Un autre point positif relevé est que lors de l'analyse des recherches, des résultats identiques se sont retrouvés dans plusieurs de celles-ci. Les aspects négatifs rencontrés dans ce travail ont été la difficulté de trouver des études portant sur le sujet. En effet, de nombreuses recherches gravitaient autour du thème et offraient certains aspects intéressants mais peu se rapportaient au sujet même. Un autre point négatif a été la provenance des études. La plupart des recherches analysées ont été menées en Angleterre, aux Etats- Unis, en Finlande, en Norvège et deux en France. La culture différente de chaque pays pourrait remettre en question la pertinence de la prise en compte des résultats pour les soins dans notre pays. Cependant, les mêmes résultats étant ressortis dans plusieurs études de pays et de cultures différentes démontrent qu'ils pourraient également être adaptés à la Suisse. Une des autres difficultés rencontrées par l'auteur a été la découverte des banques de données et leur utilisation. Cela n'a pas toujours été aisé car cette revue de littérature était la première pour l'auteur. Il a donc dû se familiariser avec des outils et des méthodes de recherches méconnus jusqu'alors.

7.4 Le mot de l'auteur

Le thème de ce travail de revue de littérature étoffée m'est venu à l'esprit à la suite d'une émission télévisée que j'ai visionnée l'année passée. Cette émission traitait des conditions d'hospitalisation des enfants en France. C'est alors que je me suis questionnée sur la place que les parents avaient autour de soins et si une meilleure collaboration pouvait aider à une prise en charge de qualité. Ces questions m'ont d'autant plus interpellées que dans l'émission, ils ne parlaient absolument pas des parents et pourtant, on pouvait les voir parfois affolés et désœuvrés. C'est alors que mon sujet de Bachelor Thesis a progressivement pris forme. Cependant, il n'a pas toujours été aisé de traiter de ce sujet étant donné que je n'ai jamais vécu de stage dans le monde de la pédiatrie. Je ne pouvais alors pas identifier, à titre personnel, les données lues dans les recherches avec celles vécues sur le terrain. Malgré cela, je me suis lancée dans ce monde quasiment inconnu de la pédiatrie car je trouvais ce sujet passionnant et très important pour le monde des soins infirmiers. Ceci d'autant plus en sachant que, un jour peut-être, je travaillerai avec des parents d'enfants hospitalisés et qu'alors, je pourrai mettre en place des moyens afin d'améliorer cette collaboration.

Il est important de relever que je suis consciente que le thème choisi pour ce travail n'est pas complètement innovateur. De plus, je me rends également compte que la théorie peut parfois s'éloigner fortement de la pratique. Cependant, je trouvais intéressant et utile de se pencher sur l'aspect de la collaboration entre parents et infirmières, d'autant plus que, suite aux quelques recherches effectuées sur le sujet, je me suis rendue compte qu'il y en avait que très peu qui s'y intéressaient.

Pour conclure, je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives. Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées.

8 Bibliographie

8.1 Livres:

- Avet, F., Avet, S., Lacombe, F., Lunghi, N., Maille, M., Theurin, M. & Perrot, S. (2006). *Douleurs, compétences et rôle infirmiers*. Paris : Med-Line.
- Blouin, M.; Bergeron, C. (1997). *Dictionnaire de la réadaptation, tome 2 : termes d'intervention et d'aides techniques*. Québec : Les Publications du Québec.
- Cook, J. & Tursz, A. (1998). *L'enfant et la douleur : famille et soignants*. Paris : Syros.
- Ecoffey, E., Murat, I. (1999). *La douleur chez l'enfant*. Paris : Médecine-Sciences, Flammarion.
- Ferreira, A., (1977). Définition des mythes familiaux. In Goubier-Boula (Ed.), *Vie familiale et événements* (p. 33). Lausanne : Loisirs et pédagogie.
- Gottlieb, L.N. & Feeley, N. *La collaboration infirmière-patient, un partenariat complexe*. (2007). Montréal : Beauchemin.
- Goubier-Boula, M.A. (1996). *Vie familiale et événements*. Ed. Loisirs et pédagogie.
- Kirschbaum & Knaff, (1996) : Les gens désirent-ils établir un partenariat de collaboration avec les professionnels ? In Gottlieb, L.N & Feeley, N. (Ed), *La collaboration infirmière-patient* (p.21). Montréal: Beauchemin.

- Lenrow, P.B., & Burch, R.W., (1981): Que disent les infirmières et les autres professionnels de la collaboration? In L. N. Gottlieb & N. Feeley (Ed.), *La collaboration infirmière-patient* (p. 24). Montréal : Beauchemin.
- Merlet, P. (2004). *Le petit Larousse illustré* (p. 232). Paris : Larousse.
- Paavilainen & Astedt-Kurki, (1997) : Que disent les infirmières et les autres professionnels de la collaboration? In L. N. Gottlieb & N. Feeley (Ed.), *La collaboration infirmière-patient* (p. 24). Montréal : Beauchemin.
- Robinson, C.A., (1996) : Que disent du partenariat de collaboration les gens qui en ont fait l'expérience ? In L. N. Gottlieb & N. Feeley (Ed.), *La collaboration infirmière-patient* (pp. 22-23). Montréal : Beauchemin.
- Thibault-Wanquet, P. (2008). *Les aidants naturels auprès de l'enfant à l'hôpital : la place des proches dans la relation de soin*. Paris : Masson.

8.2 Recherches/études analysées :

- Carbajal, R., Bonin, L., Simon, N., Karam, T. & Briere, A. (1999). La douleur de l'enfant, quelles réponses ? Présence des parents auprès de leur enfant lors de gestes agressifs aux urgences. *A.T.D.E. / Direction Générale de la Santé*, pp.39-42.
- Espezel, H.J.E., Canam, C.J. (2003). Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*, 44, pp.34-41.
- Long, N. (2003). Parents d'enfants hospitalisés pour des raisons somatiques: la parentalité en question, *Thérapie Familiale*, 24, pp.255-266.

- Pölki, T., Pietilä, A.M & Vehviläinen-Julkunen, K. (2002). Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. *Journal of Nursing Studies*, 40, pp.33-44.
- Pölki, T. (2001). Nurses' perceptions of parental guidance in paediatric surgical pain relief. *Journal of Nursing studies*, 39, pp.319-327.
- Power, N., Franck, L. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), pp.622-641.
- Kawik, L. (1996). Nurses' and parents' perceptions of participation and partnership in caring for a hospitalized child. *British Journal Nursing*, 5(7).
- Rajasagaram, U., Mc Taylor, D., Braitberg, G., Pearsell, J.P & Capp, B.A. (2008). Paediatric pain assessment: Differences between triage nurse, child and parent. *Journal of paediatrics and child health*, 45, pp.199-203.
- Simons, J. & Roberson, E. (2002) Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. *Journal of Advanced Nursing*, 40(1), pp.78–86
- Simons, J., Franck, I., & Roberson, E. (2001). Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 36(4), pp.591-599.
- Simons, J. (2002). Parents' support and satisfaction with their child's postoperative care. *British Journal Nursing*, 11(22).
- Taylor, E.M., Boyer, K., & Campbell, F.A. (2008). Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag*, 13(1), pp.25–32.

- Woodgate, R., Kristjanson, L. J. (1996). A young child's pain: how parents and nurses "take care". *Journal of Nursing Studies*, 33(3), pp. 271-284.
- Ygge, B.M., Lindholm, C., Arnetz, J. (2006). Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care. *Journal of Advanced Nursing*, 53(5), pp.534-542.

8.3 Autres recherches :

- Chevallier, A. (2001). Evaluation et stratégies des prise en charge de la douleur aiguë en ambulatoire chez l'enfant de un mois à 15 ans. *Archives Pédiatrique*, 8, pp.420-432.
- Dangleterre, I., Djambay, M. (2000). L'évaluation de la douleur chez l'enfant, prise en charge infirmière. *Recherche en soins infirmiers*, 60, pp. 86-116.
- Moriceau, M., Colombat, P. (2001). La gestion des conflits avec les familles. *Médecine et Hygiène*, 4(64), pp. 5-9.
- Sacchetti, Paston & Carracio. (2005). Family members do not disrupt care when present during invasive procedures. *Acad. Emerg. Med.*, 5, pp.477-479.
- Twycross, A. (1998). Perceptions about children's pain experience. *Professional Nurse*, 13(12), pp.822-826.

8.4 Site web :

- Vie publique. (s.d.). *Glossaire de vie publique*. [Page WEB]. Accès: <http://www.vie-publique.fr/th/glossaire/famille.html>. (Page consultée le 1 juin 2009).

- Institut UPSA de la douleur. (s.d.). *Réglette d'évaluation de la douleur*. [Page WEB]. Accès: http://www.institut-upsa-douleur.org/Protected/UserFiles/lqwslud/fr-FR/Image/echelle_eva.jpg. (Page consultée le 1 juin 2009)
- Prise en charge de la douleur chez l'enfant en phase pré hospitalière. (s.d.) *Modalités de surveillance et monitoring*. [Page WEB]. Accès : <http://www.urgence-pratique.com/2articles/Pediatrie/Douleur04.jpg>. (Page consultée le 25 mai 2009)
- La pédiatrie universitaire à Genève (1961-2001). (s.d). [Page WEB]. Accès : <http://dea.hug-ge.ch/library/pdf/chapitre4.pdf> (Page consultée le 21 mai 2009)

9 Annexes

Annexe 1 : L'échelle de Cheops

Items	Comportements observés	Cotation
Visage	Visage détendu	0
	Grimaces passagères : froncement des sourcils, lèvres pincées, plissement ou tremblement du menton.	1
	Grimaces fréquentes, marquées ou prolongées.	2
	Crispation permanente ou visage prostré, figé ou visage violacé.	3
Corps	Détendu	0
	Agitation transitoire, assez souvent calme.	1
	Agitation fréquente mais retour au calme possible.	2
	Agitation permanente : crispation des extrémités et raideur des membres ou motricité très pauvre et limitée, avec corps figé.	3
Sommeil	S'endort facilement, sommeil prolongé, calme.	0
	S'endort difficilement	1
	Se réveille spontanément en dehors des soins et fréquemment, sommeil agité.	2
	Pas de sommeil	3
Relation	Sourire aux anges, sourire réponse, attentif à l'écoute.	0
	Appréhension passagère au moment du contact	1
	Contact difficile, cri à la moindre stimulation	2
	Refuse le contact, aucune relation possible, hurlement ou gémissement sans la moindre stimulation.	3
Réconfort	N'a pas besoin de réconfort	0
	Se calme rapidement lors des caresses, au son de la voix ou à la succion.	1
	Se calme difficilement	2
	Inconsolable. Succion désespérée	3

Tableau 3 : Echelle d'évaluation de la douleur chez le nouveau-né (EDIN).

Source Web: <http://www.urgence-pratique.com/2articles/Pediatrie/Douleur04.jpg>

Annexe 2 : L'échelle EVA



Source Web : http://www.institut-upsa-douleur.org/Protected/UserFiles/IgwsIud/fr-FR/Image/echelle_eva.jpg

Annexe 3. Le plan de prise en charge de la douleur 2006-2010.

Ce plan explique que la douleur est une priorité mais explique aussi « la volonté d'interpeller les soignants dans leur ensemble et de favoriser les réseaux ville-hôpital pour assurer un suivi adapté au patient douloureux ». Avet,F., Avet,S., Lacombe, Lunghi, Maille, Theurin & Perrot (2006, p.21).

Annexe 4. Tableaux de recension des écrits scientifiques.

Titre :

Parents d'enfants hospitalisés pour des raisons somatiques : la parentalité en question

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Long,N.(2003).Parents d'enfants hospitalisés pour des raisons somatiques: la parentalité en question, <i>Thérapie Familiale</i> , vol.24, p.255-266	Etude qualitative	28 familles, soit 52 parents ont été choisis (un groupe de parents dont l'enfant est décédé, un groupe dont l'enfant a été victime d'un accident, un groupe dont l'enfant avait une malformation congénitale ou chronique, un groupe dont l'enfant a été atteint d'une maladie d'installation brusque) et huit groupes professionnellement homogènes de soignants (51 personnes) qui ont participé à une demi-journée de travail en groupe.	Le premier but de cette étude était de permettre de relever les facteurs impliqués dans le vécu des parents et des moyens pour pallier à certains besoins tout en clarifiant les limites entre les actions possibles et l'idéal. Le deuxième but était de mettre en évidence la réalité vécue par les soignants, surtout dans la relation qu'ils ont avec les parents d'enfants hospitalisés.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
Les familles interrogées ont été rencontrées, pour la plupart, à leur domicile dans une période de 12 à 24 mois après l'hospitalisation de leur enfant. Chaque parent ont été vu deux fois, à environ 15 jours d'intervalles. Les parents interrogés racontaient les événements, ce qui faisait ressortir les éléments du vécu de l'hospitalisation	Les conclusions de l'étude ont été formulées à partir de l'analyse du discours des professionnels. Une synthèse a été établie pour chaque groupe de réflexion. L'analyse qualitative s'appuie sur le corpus des ces synthèses.	Dans les résultats de l'étude il apparaît que les besoins principaux des parents se distinguent en trois catégories. La première est sur le plan psychologique. En effet, les états d'âmes, comme par exemple des états de sidération, d'anxiété, de culpabilité que peut vivre l'enfant retentissent souvent chez les parents. Les parents disent aussi exprimer un grand besoin de parler sur le moment mais aussi par la suite. Les parents sont absorbés par leur enfant et ce qui lui arrive, ils désirent se consacrer totalement à lui. Le deuxième plan est celui du socio-administratif. Sur ce plan, les parents soulèvent le besoin d'aide afin de résoudre des questions de garde des autres enfants,	En ce qui concerne la cohérence et la continuité du soutien, l'étude a relevé qu'il y avait une faiblesse dans le système de transmission des informations à propos du patient. Ce manque d'information développe chez les familles un sentiment que leur enfant est pris en charge par une institution inhumaine et elles se sentent déstabilisées. Dans ce cas là, il serait utile, selon Nicolas Long, de mettre en place le nécessaire afin de favoriser une cohérence dans la prise en charge et éviter les ruptures entre parents et soignants. En ce qui concerne l'autonomie et les compétences mutuelles des systèmes en jeu, il s'agirait, de pousser non seulement les familles à exprimer ce qu'elles pensent important pour leur enfant et pour elles-mêmes, mais aussi de favoriser l'échange sur ces points entre les soignants et les parents. Quant à la

<p>et de l'adaptation nécessaire, suite à ces événements. Puis, lors de la deuxième rencontre, ils recevaient un résumé rédigé de la première rencontre qu'ils pouvaient commenter et corriger selon leur désir. Du côté des soignants, la méthode était participative et visait à donner aux soignants l'opportunité d'exprimer leur réalité avec les parents de leur patient.</p>		<p>d'aide pour les choses ménagères, pour le parking ou encore pour des formalités administratives. Sur le dernier plan, qui est celui de l'information médicale, il a été soulevé que les parents ont un perpétuel besoin de renseignements, ce qui peut être vu comme un mécanisme de défense contre une angoisse de l'inconnu. Il est aussi relevé que le langage médical peu compréhensible, ainsi que le fait d'avoir plusieurs intervenants, pouvait dresser une embûche dans le vécu des parents. L'étude a montrée qu'une grande partie des lacunes d'informations concernait les changements de traitement, de personnel soignant, de médecins.</p>	<p>souffrance des soignants, comme le décrit Nicolas Long, elle relève souvent de la confrontation symbolique entre l'idéal de l'enfant en bonne santé et la réalité de tous les jours. Cette souffrance est aussi une accumulation de stress qui n'est pas résorbé.</p>
---	--	--	--

Titre :

Présence des parents auprès de leurs enfants lors des gestes agressifs aux urgences

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Carbajal, R., Bonin, L., Simon, N., Karam, T. & Briere, A. (1999). La douleur de l'enfant, quelles réponses ? A.T.D.E. / Direction Générale de la Santé	Etude prospective	Cette étude a été proposée à tous les parents d'enfants hospitalisés âgés de moins de 16 ans subissant un geste agressif mineur en pédiatrie ou en chirurgie. Une étude pilote a servi à calculer le nombre de patients nécessaires à l'étude. Dans cette étude ont participé : 248 enfants dont 112 garçons et 136 filles, 248 parents qui étaient divisés en deux groupes, parents présents lors de gestes douloureux (129) et parents absents lors de ces gestes (119). Il y a eu 236 infirmières, 7 médecins et 5 internes qui ont réalisés les gestes douloureux. Les critères d'exclusion concernaient les enfants qui étaient déjà inclus dans l'étude et ceux atteints d'une maladie chronique qui pouvaient les amener de manière fréquente venir aux urgences (ex : asthme)	Le but de cette étude était d'évaluer si la présence des parents aux côtés de leur enfant subissant des gestes douloureux avait des conséquences et était pertinente.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
Les parents présents ayant participé à cette étude n'ont volontairement pas reçu de consigne quant au comportement qu'ils devaient adopter avec leur enfant pendant le geste douloureux. Deux feuilles différentes	Non applicable	Dans 93,8% des cas la présence des parents lors des gestes douloureux était bien vue par les soignants, dans 68,2% des cas cette présence a aidé l'enfant soigné mais cependant, dans 7,8% des cas, cette présence aurait rendu nerveux les soignants. La plupart des parents présents n'ont pas pensé déranger pendant le geste (95,3%) ni troubler le soignant (97,7%), mais ont plutôt pensé que leur présence avait aidé leur enfant (dans 92,2% des cas). La question de savoir si le geste	En conclusion, cette étude indique que l'anxiété des soignants et des enfants n'est pas énormément modifiée, que les parents soient présents ou non, lors de gestes invasifs mineurs (prise de sang, par ex.). Cependant, l'anxiété des parents, elle, diminue s'ils sont invités à rester présents aux côtés de leur enfant lors du geste. Il est important de souligner que la satisfaction ressentie par les parents est augmentée si on leur permet de rester auprès de leur enfant lors du geste et qu'il n'y a pas de raison d'empêcher des parents de rester auprès de leur enfant lors d'un geste douloureux mineurs s'ils en ressentent l'envie ou le besoin.

<p>étaient remplies à chaque geste exécuté, une feuille pour le parent (un seul parent devait remplir la feuille) et une feuille pour le soignant.</p>		<p>douloureux était à refaire, est-ce que les parents resteraient-ils à nouveau près de leur enfant ? La réponse est oui pour les parents qui étaient présents à 94,6% comme pour les parents qui étaient absents à 74,8%.</p> <p>Il est intéressant de relever que 66,7% des parents présents étaient très satisfaits de la prise en charge du geste douloureux chez leur enfant et que 42% des parents absents étaient très satisfaits.</p> <p>En fait, il est ressorti que 70,1% des parents pensent qu'il serait important qu'on leur laisse le choix de participer ou non aux gestes invasifs que subit leur enfant.</p>	
--	--	---	--

Titre:

Parent-nurse interactions care of hospitalized children

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Espezel,H.J.E.,Canam,C.j.. (2003).Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. <i>Journal of Advenced Nursing</i> , 44, pp.34-41.	Etude qualitative	Les participants ont été sélectionnés parmi les parents d'enfants hospitalisés dans un grand hôpital urbain. Les conditions exigeaient que l'enfant ait eu un contrôle et/ou un traitement par au moins une équipe de professionnels de santé, dont une infirmière. La plupart des enfants vus dans la clinique connaissaient des complications graves, suite à une naissance prématurée et ont pu être hospitalisés dès la naissance et parfois pour une longue période. Les parents devaient être capables de parler et lire en anglais. L'enfant devait avoir au moins 18 mois lors de l'étude. Les critères d'âge de l'enfant assuraient que les parents avaient déjà eu des expériences d'interactions avec les infirmières.	Examiner les expériences des parents qui ont interagi avec des infirmières dans un hôpital autour du soin de leurs enfants.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
La première collecte de données a été rassemblée par des interviews enregistrées sur bande magnétique. Dans cette collecte huit parents de sept enfants avec des conditions de santé chroniques ont été interrogés. Les interviews ont été conduites par le	Les données étaient soumises à un processus d'analyse thématique utilisant l'approche décrite par Cresswell (1998). Ceci afin d'extraire des thèmes communs, des exemples et d'écrire une description composée. Les transcriptions ont	Les descriptions des parents ont indiquées que les éléments clés impliqués dans les interactions entre parents et infirmiers se rapportant au soin de l'enfant établissaient des rapports. Ces éléments étaient sous l'influence des attentes parentales de l'infirmière. Les parents ont aussi signalé des changements dans l'approche des infirmiers comme les conditions de leurs enfants.	Les descriptions des parents ont indiqué que les éléments clés impliqués dans l'efficacité des interactions entre parent-infirmière relatives aux soins de l'enfant établissaient un rapport et partageaient les soins chez l'enfant. Ces éléments ont été influencés par les attentes des parents envers l'infirmière. Les parents ont également signalé des changements dans l'approche du personnel infirmier lorsque les conditions de leur enfant ont changées. Les parents décrivent que la façon dont interagissent les infirmières avec eux et leur enfant dépend de la situation de l'enfant. Spécialement, lorsque l'enfant est très malade, les parents perçoivent que la manière des infirmières est plus neutre que si les conditions de l'enfant s'améliorent ou que le pronostic

<p>parent le plus impliqué dans les soins de l'enfant à l'hôpital et donc, le principal contact avec les infirmières. Six mamans ont été interviewées individuellement et une maman et un papa ensemble. Cinq interviews ont eu lieu dans la maison familiale, une a eu lieu sur le lieu de travail du parent et une autre chez les grands-parents maternels. Le questionnaire était composé de questions ouvertes visant à explorer les expériences des parents dans leurs interactions avec les infirmières. Des notes ont été prises après chaque entretien afin de saisir les impressions des personnes interrogées. Ceci afin de compléter les enregistrements mais aussi dans le but de placer les expériences décrites dans le contexte d'entretien individuel. Des cas négatifs, c'est-à-dire des parents dont les expériences différaient des autres candidats, ont été cherchés mais pas trouvés.</p>	<p>été d'abord lues afin d'identifier des déclarations significatives sur : comment les parents ressentent les interactions avec les infirmières. Ensuite, les déclarations ont été regroupées dans des significations d'unités et des exemples ont été extraits des enregistrements. Des thèmes ont pu être ressortis grâce aux catégories communes de la transcription. Le résultat final de cette phase analytique était une description des thèmes communs touchant le sujet suivant : comment les parents expérimentent les interactions avec les infirmières ? La rigueur a été assurée en utilisant plusieurs procédures d'enquête qualitative. La vérifiabilité a été renforcée à travers la tenue de dossiers détaillés. Afin d'assurer la confirmabilité, plusieurs procédures ont été employées. Grâce à l'utilisation d'un journal de réflexion tenu par le chercheur lui-même, des préjugés ont été identifiés.</p>	<p>est optimiste. Les parents ont aussi relevé que, parallèlement à la stabilisation des conditions de leur enfant, les infirmières parlent plus positivement des observations faites sur le statut de l'enfant.</p>
---	--	--

Titre :

Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
<p>Simons, J., Franck, I., & Roberson, E. (2001). Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 36(4),pp.591-599.</p>	<p>Etude phénoménologique</p>	<p>Parents d'enfants qui ont subi une opération dans un grand hôpital urbain en Angleterre. 20 mamans âgées entre 22 et 50 ans et 20 infirmières âgées entre 22 et 40 ans). Les infirmières choisies étaient celles qui avaient soigné les enfants dans les premières 48 heures post-opératoires. Tous les enfants interrogés avaient une pompe à Morphine et avaient subi une opération chirurgicale moyenne à majeure. Les parents devaient parler anglais et les enfants ne devaient pas avoir d'atteinte neurologique. Les parents ont été interrogés dès 48 heures suivant l'opération car l'enfant était sensé éprouver moins de douleur et la pompe à morphine était retirée. Les parents interrogés étaient tous d'accord de participer à l'étude. Les pères ont été absents de l'étude car aucun n'était disponible.</p>	<p>Explorer les perceptions des parents et des infirmières sur leur participation dans la prise en charge de la douleur chez l'enfant. Rechercher les effets possibles de la participation des parents dans la gestion de la douleur.</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
<p>Entretiens menés par des chercheurs ne participant pas aux soins auprès des enfants et non membres du personnel hospitalier. L'interview ouverte était constituée de quatre questions qui faisaient ressortir les perceptions des parents et des infirmières. Les questions ont toujours été posées dans le même ordre. L'interview durait entre 10 et 45 minutes et se déroulait dans le service où l'enfant était hospitalisé.</p>	<p>Les entretiens ont été retranscrits par le chercheur et encodés avec une analyse comparative répétitive afin de garder l'anonymat. Cette méthode permet de tester et de repréciser les descriptions afin de tenir compte de toutes les données déterminantes suivant une approche en sept étapes. Deux interjuges étaient présents.</p>	<p>Trois catégories sont ressorties de l'analyse : 1) Les perceptions partagées. Bien que les recherches montrent que les parents étaient impliqués, l'interview indique que les parents et les infirmières ont l'impression que l'implication était de nature passive. 2) Les points de vue différents. Des discrepancies entre ce que pensent les infirmières et les parents à propos de la douleur chez l'enfant étaient notoires. Beaucoup de parents n'ont pas donné leur avis quant à leur satisfaction sur la gestion de la douleur de leur enfant. La plupart des parents qui avaient besoin d'informations à propos de la douleur ne sont pas venus auprès des infirmières. Toutes les infirmières ont manifesté leur satisfaction sur la gestion de la douleur. L'explication donnée pour cela est que les infirmières accepteraient plus la douleur chez les enfants que les parents. Les infirmières ont stéréotypé les parents entre ceux qui se plaignent pas et ceux qui se plaignent. 3) Les difficultés de communication. Les parents sont conscients de leur passivité dans la gestion de la douleur chez leur enfant. Ils expliquent qu'ils n'ont pas été chercher les informations auprès des infirmières car cela indiquerait un manque de confiance dans le critère de décisions des soignants.</p>	<p>Les résultats montrent que les infirmières et les parents ont certaines perceptions partagées et d'autres pas concernant des aspects clés de leur participation. Les infirmières n'invitaient pas les parents à être activement impliqués ou ne discutaient pas avec les parents sur leurs différentes manières de participer. La différence de pouvoir entre soignants et parents pourrait en être la cause. Une autre étude stipule que la nature et le degré de participation dépend des infirmières et est sous leur contrôle. Une recherche explique que les soignants craignent une perte de temps et une surcharge de travail s'ils impliquent plus les parents. Ils craignent aussi de perdre leur contrôle ainsi que leur statut. La plupart des infirmières ne connaissaient pas ou minimisaient les préoccupations, les questions, les problèmes des parents. Il est relevé que le manque de capacité des infirmières à reconnaître et utiliser l'expertise des parents peut amener à un soin sous optimal. La conclusion principale est le degré de difficulté dans la communication entre parents et infirmières créant de la frustration pour les deux parties.</p>

Titre:

A young child's pain: how parents and nurses "take care"

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Woodgate, R., Kristjanson, L.J. (1996). A young child's pain: how parents and nurses "take care". <i>Journal of Nursing Studies</i> . Volume 33.N°3,pp. 271-284.	Etude qualitative	<p>Les participants ont été sélectionnés via une technique d'échantillonnage théorique qui est utilisée spécifiquement pour les études qualitatives dans le but d'augmenter la probabilité d'avoir une description la plus complète du phénomène. Les enfants qui ont pris part à cette étude vivent tous une expérience dans les interventions chirurgicales et ont été pris en charge dans une des deux unités de pédiatrie.</p> <p>11 enfants de 2 à 6 ans ont participé à l'étude. La durée moyenne du séjour était de 6 jours. Bien que l'intervention chirurgicale soit une nouvelle expérience pour ces enfants, tous ces derniers avaient déjà vécu une expérience hospitalière. 22 parents ont pris part à cette étude. Dans la plupart des cas, c'est la mère qui était auprès de l'enfant malade. Pourtant, dans 2 cas sur 11, les pères étaient plus présents. Tous les parents étaient mariés excepté un couple divorcé. Seulement 3 des 22 parents avaient déjà connu une expérience chirurgicale avec leur enfant. L'équipe d'infirmières était composée de 24 personnes. 15 infirmières enregistrées préparant leur diplôme, 7 infirmières avec licence de pratique, 2 préparant leur baccalauréat et une aide-infirmière. Toutes étaient des femmes de types caucasiens excepté une infirmière. Toutes les soignantes nommées avaient au moins 5 ans de pratique dans les soins pédiatriques.</p>	<p>Ce document présente de manière plus détaillée une grande catégorie du modèle à savoir « comment les parents et infirmières prennent soins de la douleur de l'enfant ». Les éléments de cette catégorie incluent les descriptions de comportements de soins et les stratégies utilisées par les parents et les infirmières en réponse aux expériences de douleurs chez l'enfant. De plus, sont inclus les facteurs qui influencent les comportements des parents et des infirmières et les sentiments vécus par ces derniers.</p>

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
<p>La collecte de données a eue lieu dans deux unités chirurgicales de l'hôpital universitaire d'enfants au Canada central. Le premier point implique l'observation des participants. Cette méthode optimise la capacité des chercheurs à comprendre les motivations, les ressentis et les comportements inconscients. Les enfants étaient observés depuis la période-post opératoire jusqu'au dernier jour d'hospitalisation. Les réponses à la douleur et la manière dont les parents et infirmières collaboraient étaient notées. Les périodes d'observations duraient entre deux et huit heures par jour. Le nombre d'heures d'observation a atteint approximativement 250 heures pour les 11 enfants. Environ 25 heures d'observation ont été passées avec chaque enfant sur une période d'environ quatre à sept jours. Durant cette période les expériences de douleur chez les enfants duraient entre cinq et 25 heures. Des entretiens informels avec enfants, infirmières et</p>	<p>Les notes recueillies et les entretiens ont été analysés selon la méthode comparative de Glaser et Strauss(1967). Les données ont été simultanément codées, analysées et regroupées en unités d'informations (unités d'informations = mots, phrases, paragraphe ou description d'un incident). Des comparaisons ont été faites avec les unités décrites ci-dessus et des événements similaires. Ces derniers ont été regroupés en catégories. Ces différentes catégories ont été revues par trois chercheurs indépendants, experts en analyses qualitatives. Pour que la catégorisation soit validée tous les réviseurs ont dû se mettre en accord. Tous les thèmes analysés ne remplissant pas les critères ont été réexaminés et reclassés après consensus.</p>	<p>La principale catégorie est : "How parents and nurses take care". Cette dernière décrit comment les infirmières et parents répondent et prennent soins de la douleur due aux interventions chirurgicales chez l'enfant. Dans les sous-catégories sont ressortis les facteurs qui influencent les parents et les comportements des infirmières dans les soins ainsi que leur sentiment face à la douleur vécue par l'enfant.</p> <p>Concernant la principale catégorie, un examen des actes spécifiques des parents a révélé que ceux-ci jouaient un rôle central dans les soins aux enfants. Les parents sont le lien entre les infirmières et enfants, particulièrement pendant les périodes d'intenses douleurs. Deux autres principales catégories ont été identifiées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Monitoring 2) Comforting <p>1) Monitoring Le monitoring se réfère à la supervision des expériences de douleur chez l'enfant et l'hospitalisation en général. Cela inclut principalement l'observation des signes de douleurs. Les parents étaient toujours très attentifs aux signes de douleurs et voulaient répondre immédiatement à chaque changement noté. Les parents étaient demandeurs d'analgésiques pour leurs enfants.</p> <p>2) Comforting Les activités de confort se réfèrent à ces comportements associés en prodiguant à la fois des supports physiques et psychologiques à l'enfant (assister l'enfant dans ses activités en le rassurant, le distrayant, etc.). Certaines infirmières partent du principe que le comforting est du ressort des parents. Lorsque le parent ne remplit pas cette fonction, il sera négativement évalué par les infirmières. Parents et infirmières possèdent chacun des connaissances quant à la douleur de l'enfant. Leurs propres expériences face à la douleur les aideront à appréhender celle de l'enfant. Dans l'étude, il est relevé que les parents n'ayant jamais vu leur enfant avoir mal auparavant, ont de la difficulté à interpréter le comportement de l'enfant.</p>	<p>Selon Algren(1985), les observations des soins données aux enfants montrent que l'on a défini les différences entre les fonctions exercées par les infirmières et les parents. La recherche a révélé que réconforter les enfants hospitalisés est une partie du rôle du parent. Selon une autre étude de Wuest & Stern (1990), la manière dont les familles apprennent les règles de l'hôpital détermine leurs manières de négocier les soins. Selon ces auteurs les parents se plaignent rarement ouvertement de la manière dont est gérée la douleur de leur enfant.</p>

<p>parents ont été conduits pendant la période d'observation afin d'étendre et de clarifier les sujets attribués à la situation. A la fin de ces entretiens informels, des entretiens formels ouverts ont été menés. Les parents et enfants ont été questionnés afin qu'ils décrivent l'expérience de douleur et les facteurs influençant ces expériences. Cette technique d'entretiens ouverts a permis aux chercheurs de se concentrer sur les domaines significatifs pour les participants. Toutes les interviews et les notes recueillies ont été retranscrites verbalement et contrôlées quant à leur précision.</p>		<p>Les indicateurs de douleur varient entre les membres de l'équipe infirmière mais les pleurs ou autres formes de comportements verbales étaient les réponses les plus fréquemment notées par les infirmières. La seconde forme de réponse à la douleur notée était par exemple l'agitation. Le seul signal physiologique identifié par les infirmières était un changement dans les signes vitaux. Selon l'étude, le niveau de communication entre parents et infirmières joue un rôle primordial dans les soins des enfants.</p>	
---	--	---	--

Titre:

Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Power,N.,Franck,L.(2008).Parent participation in the care of hospitalized children: a systematic review. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 62(6), pp.622-641.	Revue systématique	Les études ont été prises en considération si les participants étaient des parents d'enfants hospitalisés (0-18 ans), des infirmières, des médecins ou autres soignants d'enfants. Des études ont été exclues si elles étaient axées sur la participation des parents dans les soins à domicile, sur les paramètres du nouveau-né ou sur les soins ambulatoires.	Le but est d'identifier, de résumer et de critiquer la recherche sur la participation des parents dans les soins aux enfants hospitalisés depuis 1994. La comparaison entre les résultats et les recherches antérieures était également un but de cette étude.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
Les données incluent le design, la recherche de participants, le but de l'étude, les principales mesures relatives à la participation des parents. Deux réviseurs indépendants ont extrait les données et toutes les différences ont été discutées et résolues. Une approche qualitative de la synthèse des données a été suivie pour tenir compte des variations dans l'étude, des	Les 21 études descriptives ont utilisé un mélange de méthodes quantitatives et qualitatives. Dix questionnaires utilisés, dont sept ont été mis au point par les auteurs et trois ont été normalisés ; trois études ont utilisé des interviews et / ou des groupes de discussion et trois études ont utilisé des méthodes mixtes. Trois des cinq études d'intervention ont été des	L'étude a été conduite dans plusieurs pays. Le milieu hospitalier choisi allait de l'hôpital de médecine pédiatrique aigue et leurs salles de chirurgies aux soins intensifs pédiatriques jusqu'aux hospitalisations chirurgicales de jour. Une seule étude a évalué la participation des parents longitudinalement. Cette étude avait les paramètres suivants : des enfants pris en charge dans les soins intensifs et en pédiatrie générale aiguë. Les enfants étaient âgés entre 0 et 18 ans. Huit études ont inclus des enfants depuis l'enfance à l'adolescence et sept études ont inclus seulement les petits enfants (de 0 à 7 ans). Selon Hallstrom &	La participation des parents a été défendue comme une philosophie de soins des enfants à l'hôpital pendant plusieurs décennies et elle reste une solide base de données. Cette revue systématique confirme que les parents veulent et attendent de participer à la prise en charge de leur enfant à l'hôpital. Notamment par la réalisation d'activités de la vie quotidienne qu'ils exécutent généralement à la maison. Depuis 1994, la recherche a montré comment le rôle des parents s'est étendu pour inclure le suivi et la coordination des rôles dans la maladie de leur enfant hospitalisé. Le descriptif de recherche a également révélé que la participation des parents peut être stressante pour les parents. Une nouvelle recherche relève que les infirmières reconnaissent que la participation des parents peut leur fournir l'occasion d'observer et de former les parents aux soins de leurs enfants. Toutefois, les attitudes et les activités de l'équipe soignante sont à la fois les obstacles et les facilitateurs de la participation des parents. Les études d'intervention sont nouvelles à ce sujet et ont fourni les premiers éléments de preuve de l'efficacité des techniques de collaboration infirmière-parent.

échantillons, de la méthodologie et des résultats.	essais contrôlés, randomisés et ont utilisé des mesures valides et fiables. Les deux autres études d'intervention ont été un unique groupe de design en utilisant des mesures qualitatives et des méthodes mixtes.	Runeson (2001), les besoins des parents doivent se retrouver avec ceux des enfants. Selon ces auteurs, les parents ont identifié que les enfants avaient besoin d'un support émotionnel, d'un traitement individualisé et de respect. Les parents ont également indiqué un besoin spécifique pour leurs connaissances et les soins de leur enfant afin d'être reconnus et appréciés par l'équipe de soins. Les parents ont voulu établir un rapport avec les équipes de soins qui doivent être accessibles et prêtes à prendre plus de devoirs de parents quand ces derniers sont absents. D'après une autre étude, si les parents n'ont pas d'information sur la maladie ni sur les besoins de l'enfant, ils se sentent incapables d'être impliqués ou en contrôle de la situation. Globalement les recherches indiquent que les parents désirent et attendent d'être plus impliqués dans les soins des enfants. Par contre, les manières dont ils veulent être impliqués diffèrent. Les paramètres des parents, enfants et équipes soignantes peuvent influencer la participation des parents.	
--	--	--	--

Titre:

Paediatric pain assessment: Differences between triage nurse, child and parent

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Rajasagaram,U.,Mc Taylor,D.,Braitberg,G.,Pea rsell,J.P & Capp,B.A.(2008). Paediatric pain assessment: Differences between triage nurse, child and parent. <i>Journal of paediatrics and child health</i> 45, pp.199-203.	Etude comparative	Les critères d'inclusions étaient des patients douloureux âgés de 3 à 15 ans. Les critères d'exclusions concernaient les personnes qui n'étaient pas capables de répondre au questionnaire à cause de difficultés de communication ou des personnes très malades qui nécessitaient des soins d'urgence. Des patients se présentant aux urgences pour des soins ont été inscrits. Les périodes d'inscriptions étaient tous les jours, 24h/24. Les patients ont été inclus lors de leur présentation au bureau de triage. Tous les patients ont reçu une brochure d'informations. Une explication verbale de l'étude a également été fournie et les conditions de participation ont été expliquées. Un consentement verbal a été obtenu de la part du parent et de l'enfant. 86 patients ont été inscrits. Ce groupe comprenait 52 personnes de sexe masculin et la moyenne d'âge était de 9,1 ans. Les enfants présentaient une série de plaintes douloureuses.	Comparer la sévérité de la douleur pédiatrique évaluée par l'infirmière de triage, les enfants et les parents.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
Chaque participant a reçu une fiche de données pour enregistrer leur évaluation de la douleur de l'enfant. La règlette de visages et l'échelle linéaire numérique de douleur ont été utilisées pour cette étude. L'enfant regarde le	Non applicable	Le score moyen de douleur était de niveau 4 pour les infirmières, pour les parents il était de niveau 6 et pour les enfants de niveau 6.5. Le score de l'infirmière était sensiblement inférieur à la fois à celui de la mère et à celui de l'enfant. Il n'y a pas de différence significative entre le parent et l'enfant même si les scores des parents ont tendance à être plus bas.	La douleur aiguë est une expérience très complexe et subjective qui sert à avertir les personnes de dangers et de limiter l'exposition à d'autres blessures. La nature subjective de la douleur implique la nécessité de traiter de la perception, et l'auto-déclaration a été décrite comme la méthode la plus efficace de mesure de la douleur. Les résultats de cette étude montrent que les scores de douleur des infirmières de triage sont sensiblement inférieurs à ceux des enfants et de leurs parents. Si les scores des enfants sont pris comme le « meilleur

<p>visage, les parents ou l'infirmière utilise les mots pour décrire l'expression et l'enfant est appelé à décrire la façon dont il / elle se sent. L'infirmière de triage, au moment de la présentation, évalue régulièrement la douleur de l'enfant dans le cadre de l'évaluation initiale. Dans cette étude, les infirmières ont également été invitées à utiliser l'échelle linéaire numérique pour évaluer la douleur de l'enfant. Les données démographiques de base, ont également été enregistrées sur un formulaire séparé. Tous les formulaires dûment remplis ont ensuite été recueillis par les enquêteurs et scellés dans une enveloppe avec le numéro d'hôpital qu'avait l'enfant.</p>			<p>standard » pour mesurer la douleur, il est alors évident que les infirmières de triage sous-estimaient la douleur pédiatrique. Ces résultats correspondent avec ceux d'autres études qui ont conclu que les praticiens sont mauvais juges de la douleur chez les enfants. Il est possible que cela puisse mener à l'insuffisance de prescription d'analgésiques. Nos résultats suggèrent également qu'il existe une sous-estimation de la douleur par les infirmières de triage. Comparé aux enfants et aux parents, les infirmières affectent un score de la douleur significativement plus bas. Cette conclusion ne semble pas affectée par l'âge, le sexe, ni la cause de la douleur chez l'enfant. Cette apparente sous-évaluation de la douleur a un impact négatif sur la gestion de la douleur. Toutefois, une enquête plus approfondie est nécessaire pour explorer cette possibilité. Dès lors, il est recommandé que l'auto-évaluation de l'enfant sur sa douleur soit utilisée comme la norme sur laquelle est basée la gestion de la douleur.</p>
--	--	--	--

Titre:

Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Pölkki, T., Pietilä, A.M & Vehviläinen-Julkunen, K. (2002). Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. <i>Journal of Nursing Studies</i> 40, pp.33-44.	Non applicable	Les sujets étaient 52 enfants d'âge scolaire qui étaient hospitalisés dans un des deux service de chirurgie pédiatrique de l'hôpital universitaire de Finlande. Les critères de sélection étaient que les enfants aient entre 8 et 12 ans, qu'ils aient été l'objet d'une intervention chirurgicale sous anesthésie, qu'ils parlent le finlandais et qu'ils aient la capacité cognitive pour répondre aux questions de l'interview. 62% des enfants étaient des garçons et 38% des filles. La plupart des enfants avaient déjà eu des expériences d'hospitalisation. La durée moyenne de l'hospitalisation post-chirurgicale était de trois jours. La plupart des enfants ont signalé avoir eu des douleurs le jour de l'opération ou le premier jour post-opératoire.	Décrire les expériences des enfants avec les méthodes de soulagement de douleurs post-opératoires ainsi que leurs suggestions pour les infirmières et leurs parents au sujet de la mise en place de mesures concernant le soulagement de la douleur au sein de l'hôpital.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
Les chercheurs ont interviewé tous les enfants pendant le dernier jour d'hospitalisation (80%) ou le jour avant le départ. La collecte des données a duré quatre mois, elle a commencé en août 1999 et s'est terminée en décembre 1999. Les chercheurs ont rencontré	Les données ont été analysées à l'aide de la méthode du contenu de l'analyse. La première étape de ce processus, après avoir procédé à une lecture de l'interview, a été d'identifier l'unité d'analyse qui a été définie comme une pensée complète allant d'un mot à plusieurs phrases. En	13 enfants ont présenté des méthodes qu'ils avaient afin de soulager la douleur. La méthode la plus commune était la distraction. Les enfants essayaient de concentrer leur attention loin de la douleur en lisant, regardant la télévision et en jouant. Une autre méthode, éloignant la pensée de la douleur, consistait à utiliser des images d'action plaisante, des personnes importantes, par exemple la maman ou des images d'animaux afin d'oublier la douleur. Tous les enfants ont déclaré avoir utilisé au moins une méthode propre à eux pour soulager la douleur. La majorité d'entre eux affirment utiliser quatre des stratégies	Les entretiens de cette étude indiquent que les enfants hospitalisés âgés entre 8 et 12 ans sont capables de décrire les méthodes pour soulager leur douleur. Les résultats sont cohérents avec les précédentes études conduites chez les patients en pédiatrie. En raison de leur tendance à vouloir être indépendants, les enfants d'âge scolaires cachent souvent leur douleur et se montrent réticents au fait de demander de l'aide aux autres. Cette étude a fourni de nouveaux renseignements concernant l'application de méthodes pour soulager la douleur de l'enfant dans le milieu hospitalier. Cependant plus de recherches sont nécessaires dans ce domaine afin de valider et de développer les

<p>les enfants et leurs parents un jour avant l'entretien afin de se présenter. Au début de l'entretien les chercheurs ont parlé de généralités avec les enfants et ont clarifié le rôle que l'enfant devait tenir durant l'interview. Les entretiens ont eu lieu dans la chambre des enfants ou dans la salle d'admission du service et ont durés entre 30 et 40 minutes. Toutes les interviews ont été enregistrées et codées ceci afin que le nom des participants ne puisse pas être associé aux informations des enregistrements. Les parents n'étaient pas présents lors des entretiens. Chaque entretien a commencé par une question générale concernant l'âge, le sexe, les procédures chirurgicales, la durée post-opératoire, la façon dont a été faite l'admission et les éventuelles peurs relatives à l'hospitalisation. L'utilisation de questions ouvertes et plus directes ont permis aux chercheurs d'obtenir des informations sur les expériences subjectives des enfants. Les « face à</p>	<p>second plan, le contenu de chaque interview a été structuré selon des thèmes basés sur la question de recherche. Après cela, les descriptions similaires ont été regroupées en catégories tout en comparant les similitudes et différences entre les concepts. Finalement, le contenu de la méthode d'analyse a été quantifié dans des catégories : le nombre de réponses des enfants ont été reportées afin d'illustrer combien d'enfants répondaient à un élément d'une manière particulière. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques démographiques des enfants.</p>	<p>décrites ci-dessus au cours de leur hospitalisation. Les enfants ont également rapporté 14 types de méthodes qui ont été utilisées par leurs parents. Les méthodes les plus utilisées par ces derniers étaient la distraction, la présence des parents, le renforcement positif et les activités journalières. Sept enfants ont relevé que leur maman les avaient aidés lorsqu'il fallait demander des médicaments aux infirmières. D'autres enfants ont aussi expliqué que leurs parents leur avaient amené des affaires personnelles (peluche, magazines, etc.) afin de créer un environnement plus confortable. Tous les enfants ont reporté que leurs parents avaient utilisé au moins une méthode pour aider à soulager la douleur de l'enfant pendant l'hospitalisation. Selon les descriptions des enfants, les parents ont le plus couramment utilisé une combinaison de quatre méthodes.</p>	<p>découvertes de cette étude. Plus de recherches sont également nécessaires à propos des expériences des enfants en ce qui concerne l'aide reçue du personnel infirmier et des parents pour soulager la douleur. Il aurait été intéressant d'investiguer le rôle des autres membres de la famille et des amis dans le secours à la douleur. En conclusion, cette étude indique que les enfants hospitalisés, âgés de 8 à 12 ans, sont capables de décrire les méthodes pour soulager leur douleurs, ainsi que de fournir des recommandations concernant la mise en œuvre efficace des mesures chirurgicales. Cela signifie que les enfants devraient participer activement à la planification et la mise en œuvre de la prise en charge de leur douleur à l'hôpital. En outre, les enfants, les parents et le personnel infirmier devraient utiliser plus souvent des méthodes cognitivo-comportementales, telles que l'imagerie, la relaxation et la respiration afin de soulager la douleur. La plupart des enfants ont signalé que leur pire douleur avait été sévère ou modérée, ce qui indique que la gestion de la douleur des enfants hospitalisés devrait être plus importante.</p>
---	--	--	--

face » ont permis de clarifier et de reformuler des questions que les enfants ne comprenaient pas. Ces interviews ont aidé les chercheurs à clarifier le contenu des questions afin de déterminer des termes plus appropriés, de reformuler des questions plus directes pour que les enfants les comprennent mieux.			
---	--	--	--

Titre:

Nurses' perceptions of parental guidance in paediatric surgical pain relief

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Pölki, T. (2001). Nurses' perceptions of parental guidance in paediatric surgical pain relief. <i>Journal of Nursing studies</i> 39, pp.319-327.	Non applicable	162 infirmières ont participé à cette étude. Toutes ces dernières étaient employées dans une unité de chirurgie pédiatrique de l'hôpital universitaire de leur pays. Sur les 162 infirmières seulement trois étaient de sexe masculin(2%). L'âge moyen était de 40.8 ans et allait de 22 à 59 ans. Près de la moitié des répondants étaient des infirmières spécialisées, 20 % n'avaient pas de spécialisation et 32% étaient des infirmières en pédiatrie ou des infirmières auxiliaires.	Décrire les perceptions des infirmières sur la façon dont elles guident les parents dans l'allègement de la douleur de leur enfant à l'hôpital et les facteurs liés à cette fonction.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
L'instrument a été conçu sur la base d'une revue de littérature concernant la douleur des enfants et les méthodes de soulagement de la douleur ainsi que le rôle des parents. Afin de collecter les données, un questionnaire a été utilisé car il fournissait des informations précises concernant une vaste zone du pays. Le questionnaire comportait une liste de questions dans lesquelles les infirmières ont été invitées à	Les données collectées ont été sauvées et analysées avec un programme sur Windows (le SPSS). Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les caractéristiques démographiques des infirmières, ainsi que la préparation et l'orientation fournie de	Les méthodes de soulagement de la douleur préconisées aux parents par les infirmières consistaient en : la distraction (76%), les techniques de respiration (65%), la relaxation (54%) et l'imagerie (46%). Les infirmières ayant vécu deux hospitalisations ou plus avec leurs propres enfants ont reporté qu'elles donnaient plus d'informations fournies aux familles que celles qui n'avaient jamais vécues d'hospitalisation avec leur enfant. Il est ressorti de l'étude que les infirmières avec une expérience plus longue dans le domaine des soins pédiatriques initient plus les parents dans l'utilisation de	Les résultats de cette recherche ont montré que selon les infirmières, la plupart des parents étaient bien informés au sujet de la procédure chirurgicale de leur enfant ainsi que sur les informations sensorielles et cognitives. Ils étaient aussi bien informés sur les méthodes non-pharmacologiques utilisables pour le soulagement des douleurs chirurgicales chez leur enfant. Selon d'autres études, l'apport d'informations sur les sensations de l'enfant est plus efficace que de fournir seulement les informations sur ce qui va se produire au cours de la procédure. Bien que les résultats de cette étude ont indiqué que les infirmières percevaient que les parents étaient pour la plupart bien préparés aux interventions chirurgicales de leur enfant, y compris sur les aspects des informations sensorielles et cognitives, quelques carences dans leur préparation ont été signalées. Les résultats de cette étude ont démontré que des recherches supplémentaires concernant les questions suivantes sont nécessaires :

<p>indiquer quels types d'informations et quelles méthodes non-pharmacologiques elles ont donné aux parents pour soulager leur enfant des douleurs chirurgicales.</p> <p>Afin d'en améliorer le contenu et la validité, le questionnaire a été testé avec 35 infirmières qui travaillaient dans l'une des unités de chirurgie pédiatrique des deux principaux hôpitaux du pays (Jyväskylä, Rovaniemi). Au questionnaire était attachée une lettre dans laquelle les répondants ont eu l'occasion d'évaluer le contenu et la clarté des questions.</p> <p>L'instrument a ensuite été révisé par un groupe d'experts qui comprenait deux infirmières spécialisées dans la gestion de la douleur pédiatrique et un anesthésiste pédiatrique. Selon ces informations, quatre questions ont été supprimées et douze questions ont été ajoutées à la version finale du questionnaire.</p> <p>Les questionnaires ont été envoyés à la salle des sœurs de chaque service de chirurgie pédiatrique dans les hôpitaux universitaires précitées, en septembre et octobre 1999 et ces dernières ont distribué les questionnaires aux infirmières. Toutes les infirmières qui ont connu un changement au cours des deux semaines de la période de collecte des données ont été invitées à</p>	<p>la part des infirmières aux parents dans le soulagement de la douleur chirurgicale chez leur enfant.</p>	<p>méthodes non-pharmaceutiques que les infirmières ayant une expérience de travail moins longue. L'âge des infirmières, leur éducation et le nombre d'enfant qu'elles ont elles-mêmes ne sont pas significativement liés dans des variables pouvant inciter les parents à utiliser des méthodes non pharmacologiques.</p>	<p>- quelles expériences les parents ont eux-mêmes en référence à des instructions et de l'appui qu'ils ont reçu dans l'environnement de chirurgie pédiatrique, en particulier en ce qui concerne l'application de méthodes non-pharmacologiques pour soulager leur enfant de la douleur chirurgicale.</p> <p>- quel est le rôle des parents dans l'aide à la douleur chirurgicale de leurs enfants en milieu hospitalier.</p>
--	---	--	--

<p>remplir le questionnaire. Chacun des questionnaires a été accompagné par une lettre d'instructions qui expliquait brièvement l'étude, donnait une garantie de l'anonymat et spécifiait que la participation était volontaire. Le taux de retour des questionnaires était élevé, allant de 90 à 100%. Seulement un questionnaire a été exclu car il manquait des données.</p>			
---	--	--	--

Titre:

Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Simons J. & Roberson E. (2002) Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. Journal of Advanced Nursing 40(1), pp.78–86	Etude phénoménologique	La méthode d'échantillonnage qui a été utilisée était l'objet d'échantillonnage selon Polit & Hungler (1999), les données ont été recueillies à partir des participants à l'étude. L'échantillon se composait de 20 infirmières, ainsi que de 20 parents et de leurs notes relatives à la douleur chez leurs 20 enfants. Les critères d'inclusion étaient portés sur les infirmières qui avaient offert la plupart des soins à l'enfant et aux parents dans les premières 48 heures post-opératoires. Un des parents devait pouvoir lire et écrire l'anglais à des fins d'entrevue et de questionnaire. Tous les enfants devaient avoir une pompe à morphine post-opératoire et avaient subi une chirurgie majeure à modérée. Les enfants avec des troubles neurologiques ont été exclus de l'étude. Chaque infirmière et parent ont été approchés par le chercheur et l'étude leur a été expliquée. Si l'infirmière ou le parent exprimait de l'intérêt, une description sur l'étude leur était alors donnée. Le chercheur est ensuite retourné quelques heures plus tard ou le jour suivant et a demandé aux infirmières si elles étaient disposées à participer à l'étude. L'heure de l'interview a ensuite été fixée puis, avant le début de l'interview, un formulaire écrit de consentement a été complété.	Explorer les perceptions des infirmières et des parents sur la gestion de la douleur post-opératoire chez les enfants. Ce document se concentre sur les questions de la connaissance et de la communication.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
<p>Les interviews ont été faites auprès d'infirmières et de parents d'enfants souffrants sous pompes à morphines. Les entretiens ont été transcrits en utilisant Microsoft Word, Windows version 7. Les entrevues ont été codées et garantissaient la confidentialité.</p>	<p>Burns et Grove (1997) suggèrent que, dans la phénoménologie, il existe diverses techniques d'analyse de données. Cependant, il y a une tendance générale à vouloir passer de la description individuelle des participants, à la synthèse du chercheur concernant les descriptions des participants.</p> <p>Afin que les conclusions tirées de cette étude reflètent les perceptions des infirmières et des parents au cours des entretiens, la forme d'analyse comparative (Cooper & McIntyre, 1993) a été appliquée lors de l'analyse des données. Il s'agit d'un processus par lequel le déroulement est constamment testé et affiné pour tenir compte de toutes les données. Après l'analyse comparative, les thèmes ont été vérifiés par deux infirmières expertes en validation. Ces dernières se sont ensuite mis d'accord sur les thèmes émergents.</p>	<p>Les parents ont besoin d'informations. Près de la moitié des parents interrogés ont fait des commentaires sur la nécessité d'avoir plus d'informations en matière de douleur et de sa gestion. Les parents sont conscients des lacunes dans leurs connaissances et ils ont même fait des suggestions quant à la façon dont cette situation pourrait être corrigée. Ces parents ont reconnu qu'ils ont été stressés et que leurs soucis avaient entravé leur capacité de se souvenir des informations reçues. Il ne semble pas que les infirmières étaient au courant de la façon dont les parents se sentaient.</p> <p>Normalement, l'enfant s'attend à ce que sa mère sache que ce dernier a mal (Bee 1997) et s'attend à ce qu'elle l'aide à guérir. Cependant, sans la connaissance et la compréhension des comportements de douleur chez l'enfant cette mère ne reconnaîtra pas la douleur de son enfant. Les infirmières qui sont responsables de la gestion de la douleur chez l'enfant sont en mesure d'informer les parents sur la façon d'interpréter le comportement d'un enfant par rapport à la douleur. Toutefois, il est probable que les infirmières ne possèdent pas les connaissances elles-mêmes. De manière générale, parmi les 20 infirmières interrogées, les outils d'évaluation de la douleur ne sont pas considérés comme nécessaires à l'aide de la gestion de la douleur. Ce manque de reconnaissance des besoins des enfants ou de leurs propres connaissances pourrait perpétuer la pratique de la mauvaise gestion de la douleur.</p>	<p>Cette étude a porté sur les questions fondamentales de communication et de connaissances à l'égard de la gestion de la douleur chez l'enfant hospitalisé. Les résultats montrent que les infirmières et les parents ont des difficultés à communiquer efficacement. Bien que les infirmières offrent aux parents des informations sur la gestion de la douleur post-opératoire de leur enfant, la compréhension des parents n'est pas évaluée. Les infirmières pensant les parents bien informés, laissaient ces derniers inquiets au sujet de la douleur et à la volonté d'exprimer leurs préoccupations. Cette situation est aggravée par le déficit des connaissances qui semble influencer la façon dont les infirmières et les parents traitent la douleur des enfants.</p> <p>McCaffery et Ferrell (1997) ont constaté que moins de la moitié des infirmières qu'ils surveillaient comprenaient que l'auto-rapport de la douleur est l'indicateur le plus fiable de la douleur. Beyer et al. (1990) ont constaté que les avis des parents étaient la meilleure mesure de la douleur d'un enfant lorsque l'auto-évaluation ne peut pas être obtenue. Toutefois, des outils d'évaluation de la douleur ne sont pas reconnus dans la présente étude en tant que besoin pour la gestion de la douleur.</p> <p>Même lorsque les parents savaient que leur enfant avait mal, ils n'approchaient pas pour aider les infirmières. Cette réticence peut être liée à l'obstacle du non-verbal créé par certaines infirmières, qui, dans cette étude semblent empêcher les parents de les approcher lorsqu'il s'agit de la douleur de l'enfant. Ceci souligne la nécessité pour les infirmières de reconnaître l'importance de la communication avec les parents sur la gestion de la douleur. D'autre part, le manque de reconnaissance par les infirmières de la valeur de l'utilisation d'outils permettant d'évaluer la douleur de l'enfant, peuvent expliquer pourquoi les infirmières n'approchent pas les parents concernant la douleur chez l'enfant.</p> <p>En conclusion, deux points émergent de cette étude et doivent être destinés à améliorer la gestion de la douleur des enfants. En premier lieu, les infirmières affichant un manque de connaissance et de pratique efficace concernant la gestion de la douleur. En seconde lieu, les parents ayant des préoccupations et des frustrations liées à la gestion de la douleur et au manque de confiance nécessaire pour aborder ces questions avec le personnel infirmier. D'autres études devraient se pencher sur la formation des infirmières et sur l'autonomisation des parents afin qu'ils puissent devenir une preuve de soins reconnaissable.</p>

Titre:

Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Taylor,E.M., Boyer,K., & Campbell,F.A. (2008). Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. <i>Pain Res Manag</i> 13(1), pp.25–32.	Etude prospective	Les variables démographiques étaient : l'âge, le sexe, la présence d'une barrière de langage ou si le patient était d'une minorité visible.	L'enquête avait pour but d'établir des points de référence en ce qui concerne la prévalence, l'intensité, l'évaluation de la douleur , la documentation y relative ainsi que le traitement médicamenteux. Elle visait également à mettre en évidence les zones de pratiques exemplaires, à cerner les zones susceptibles d'amélioration et à contribuer, par son apport, à l'élaboration de normes hospitalières, à la formation, aux vérifications futures et au programme de recherche.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
L'enquête prospective, transversale a été menée au cours d'une seule journée dans tous les services internes de médecine et de chirurgie de l' <i>Hospital for Sick Children</i> , à Toronto, hôpital pédiatrique de soins tertiaires et quaternaires. Les renseignements sur les données démographiques des	L'analyse statistique a été réalisée en utilisant Excel 2004 (Microsoft, USA). Les statistiques descriptives de crédit, y compris autour des données de	Nous avons interrogé 241 (83 %) enfants hospitalisés sur 290 ou leurs fournisseurs de soins. Résultats : 27 % des enfants avaient généralement des douleurs avant l'hospitalisation et 77 % ont éprouvé des douleurs pendant le séjour à l'hôpital. Parmi eux, 23 % ressentaient une douleur modérée ou intense au moment de l'entretien et 64 % avaient connu des périodes de douleur modérée ou intense au cours des 24heures précédant l'entretien. La plupart du temps,	Ces résultats montrent que, même dans un centre tertiaire de référence en pédiatrie, la douleur est fréquente, et sous-reconnue. Cela s'est produit dans tous les services intégrant un large éventail de conditions médicales et chirurgicales. Cependant, lorsque même un simple analgésique a été reçu, il a été efficace pour la plupart des patients. Les résultats d'études évaluant les différences entre les sexes chez les enfants et leur perception de la douleur sont équivoques. Certaines études démontrent un risque plus élevé de la douleur chez les femmes et les autres ne montrent pas une telle différence. Dans cette étude, il n'y avait pas de différences entre les sexes dans la prévalence de la douleur ou l'intensité de la douleur.

<p>malades, la douleur avant l'hospitalisation, l'intensité de la douleur pendant le séjour à l'hôpital et le traitement de la douleur ont été recueillis à partir d'un questionnaire oral, structuré. Les chercheurs ont demandé aux patients s'ils avaient éprouvé des douleurs au cours de leur admission à l'hôpital. Si le patient n'avait pas éprouvé de douleur, l'entrevue était arrêtée. Si les patients avaient éprouvée une douleur lors de l'admission, ils étaient invités à évaluer l'intensité de leur douleur lors de l'admission et de l'intensité de la douleur après plus de 24heures avec une simple échelle de douleur à quatre points. Les chercheurs ont également passé en revue les dossiers pour relever la fréquence de l'évaluation documentée de la douleur, les outils d'évaluation utilisés et les analgésiques administrés. Il y a eu une analyse de sous-groupes selon l'âge, le sexe, les minorités visibles, la fluidité verbale en anglais, les services de médecine ou de chirurgie et la participation du service de traitement de la douleur aiguë. Une méthode simple était voulue afin de capter l'intensité de la douleur dans un large éventail d'âges. À la fin de l'entrevue, le patient ou le soignant a eu l'occasion de fournir des</p>	<p>prévalence, ont été utilisés. Les tests non-paramétriques ont été utilisés pour tester les relations entre les données et afin de générer des hypothèses.</p>	<p>les analgésiques étaient administrés en monothérapie, de manière intermittente mais 90 % des patients les trouvaient tout de même utiles. 58 % des enfants qui éprouvaient de la douleur avaient reçu des analgésiques au cours des 24heures précédentes, mais 25 % seulement en recevaient régulièrement. Il y a eu une évaluation documentée de la douleur au cours des 24 heures précédentes chez seulement 27 % des enfants. Nous sommes arrivés à la conclusion que la douleur était évaluée peu fréquemment, bien que la pratique fût courante dans tous les groupes d'âge et dans tous les services et que la douleur était souvent modérée ou intense. L'analgésie, malgré tout efficace, consistait le plus souvent en l'administration intermittente d'un seul médicament. Une large diffusion des résultats à tous les groupes de professionnels a donné lieu à l'élaboration d'un programme continu d'assurance de la qualité à l'<i>Hospital for Sick Children</i>. Une autre vérification est prévue afin d'évaluer les changements résultant de la mise en œuvre de nouvelles stratégies globales de prise en charge de la douleur.</p>	
---	--	---	--

commentaires à l'enquêteur concernant la gestion de la douleur. Une enveloppe timbrée a également été fournie afin que ces derniers puissent faire des commentaires confidentiels plus tard, s'ils le souhaitent.			
---	--	--	--

Titre:

Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care.

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Ygge, B.M., Lindholm, C., Arnetz, J. (2006). Hospital staff perceptions of parental involvement in paediatric hospital care. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 53(5), pp.534-542.	Etude transversale qui a été menée au moyen d'un questionnaire d'enquête entre le personnel de l'hôpital pédiatrique universitaire dans trois hôpitaux pour enfants en Suède.	L'étude a été menée dans les unités d'oncologie, de chirurgie et de neurologie de trois hôpitaux différents. Ces unités ont été choisies pour les différences des patients. Alors que les unités d'oncologie ont une plus grande homogénéité du type de patient avec certains diagnostics, les deux unités de chirurgie et de neurologie ont tendance à traiter les patients ayant une large gamme de diagnostics. Tous les pédiatres, infirmières enregistrées et infirmières auxiliaires ont été invités à participer à l'étude. Ces derniers sont les trois groupes qui travaillent ensemble, en étroite collaboration avec la famille. Cependant, les infirmières et les auxiliaires sont celles qui travaillent le plus avec les parents, tandis que les médecins ont la responsabilité médicale pour les traitements. Toutes les infirmières et la plupart des auxiliaires de soins de l'étude avaient une formation supplémentaire en pédiatrie.	Le but de cette étude a été d'examiner les perceptions du personnel hospitalier concernant l'implication des parents dans les soins à l'hôpital pédiatrique. Deux hypothèses ont été testées: les perceptions du personnel face à l'implication des parents ne seraient pas les mêmes entre: différentes spécialités pédiatriques et les pédiatres, les infirmières et infirmières auxiliaires.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
Les chercheurs ont élaboré un questionnaire qui examinait les perceptions du personnel de l'hôpital sur l'implication des parents. Les thèmes et les questions étaient les résultats de discussions	Une analyse factorielle exploratoire a été réalisée afin d'étudier les corrélations entre l'ensemble des thèmes du questionnaire, et d'examiner si ceux-ci permettent la création d'un ou de plusieurs indices. Cette forme d'analyse a été utilisée	Un total de 207 questionnaires ont été retournés, soit un taux de réponse de 61%. Le nombre de répondants et de réponses n'avaient pas de différences statistiquement significatives entre les hôpitaux en ce qui concerne l'âge du personnel, le sexe, le temps de travail à ce poste, les années d'expériences ou de la quantité de temps passé avec les parents dans le travail quotidien. Les résultats montrent que les facteurs ne diffèrent pas significativement entre les unités spécialisées.	L'hypothèse de l'étude était que la perception du personnel sur la participation des parents varie en fonction des spécialités cliniques et de la profession. Les résultats ont confirmé cette hypothèse en révélant que le personnel de l'oncologie pédiatrique a des habitudes pour mieux impliquer les parents dans les soins des enfants hospitalisés. Les chercheurs n'ont pas trouvé de différence statistiquement significative dans les attitudes relatives à

<p>de groupe d'un hôpital universitaire pédiatrique. Le questionnaire a ensuite été mis à l'essai sur les trois unités dans un autre hôpital pédiatrique. Un total de 16 membres du personnel hospitalier, y compris les médecins, les infirmières et infirmiers auxiliaires ont été invités à remplir le questionnaire pilote. Ce questionnaire contenait 26 questions concernant les perceptions de l'équipe sur l'implication des parents à l'hôpital. Un total de 338 questionnaires ont été distribués à tous les pédiatres, infirmières et infirmières auxiliaires dans les unités spécialisées des trois hôpitaux pendant une période de deux semaines.</p>	<p>pour étudier les différences entre les répondants pour les variables comme l'âge, le sexe, la profession et la durée de l'expérience de travail. L'analyse de variance à l'aide de test « post hoc » a été utilisé pour comparer les valeurs de l'indice moyen entre les unités et entre les hôpitaux. Les réponses des questionnaires non-indexés ont été testés afin d'examiner si elles étaient liées à l'index de départ.</p>		<p>la durée de l'expérience de travail. Cependant Gill (1993) a révélé que le personnel de l'hôpital avec plus d'expérience de travail et de vie accepte plus facilement la participation des parents que le personnel plus jeune ayant moins d'expérience dans le travail. En conclusion l'étude révèle que les perceptions du personnel sur la participation des parents peuvent être liées à la spécialité clinique.</p>
--	--	--	---

Titre:

Parents' support and satisfaction with their child's postoperative care

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Simons, J. (2002). Parents' support and satisfaction with their child's postoperative care. <i>British Journal Nursing</i> . 11(22).	Les méthodes utilisées dans l'étude étaient à la fois qualitatives et quantitatives. La méthode qualitative de la phénoménologie a été utilisée pour guider les interviews des 20 infirmières et des 20 parents. La méthode quantitative impliquait de sonder les perceptions des infirmières et des parents sur le soutien des infirmières envers les parents.	Vingt infirmières et vingt parents ont complété et adapté la forme du NPST.	Les buts de cette étude étaient : <ul style="list-style-type: none">- Explorer les perceptions des infirmières et des parents sur le soutien.- Explorer la satisfaction des parents à propos de la gestion de la douleur post-opératoire de leur enfant.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
<p>Cet article porte sur les problèmes du soutien des parents décrits par les résultats du questionnaire « Nurse Parent Support Tool (NPST) » de Miles & al. (1999) et décrits par l'interview des parents portant sur la satisfaction des parents relative à la gestion de la douleur post-opératoire chez l'enfant.</p> <p>Vingt infirmières et vingt parents ont complété et adapté la forme du NPST.</p> <p>Le NPST a été développé pour mesurer la perception des parents sur le soutien des infirmières pendant l'hospitalisation de l'enfant. La validité et la fiabilité de l'outil a été testé (Polit and Hungler, 1999). Il évalue les quatre dimensions de soutien :</p> <ul style="list-style-type: none"> -le soutien de la communication -l'estime de soi des parents -le soutien émotionnel -la prestation de soins de soutien <p>Les infirmiers et les parents ont été « jumelés » pour des raisons de comparaison. Cela signifie que le parent et l'infirmière qui ont livré la plupart des soins à l'enfant dans les premières 48 heures après l'opération ont été interviewés. Cela a permis de faire des comparaisons entre les réponses des parents et des infirmières.</p> <p>Les interviews ont été menées par un chercheur qui n'était pas impliqué dans les soins de l'enfant et qui n'était pas non plus un</p>	<p>Non applicable</p>	<p>Vingt parents ont complété les 20 items du questionnaire « NPST » (version parents). Les infirmières ont, elles aussi, complété les items du questionnaire (version infirmière). Les analyses statistiques ont montré qu'il n'y avait pas de corrélation significative entre les scores du NPST des parents et des infirmières ou entre les scores des items individuels. Les résultats de cette étude suggèrent que les infirmières perçoivent qu'elles soutiennent les parents tandis que l'ensemble des parents se sent moins soutenu. La différence du degré de perception de soutien était apparente dans quatre dimensions décrites par Miles et al. (1999) (c.f. colonne de méthodes de collecte). La différence trouvée dans la perception de soutien entre les infirmières et les parents renforce l'écart de la communication entre ces derniers par rapport d'autres études.</p>	<p>Dans une autre étude, Kalmanson & Seligman(1992) suggèrent qu'il est primordial pour les soignants de développer une alliance de travail avec les patients afin que les interventions réussissent. Dans cette étude les infirmières semblaient garder leur distance et maintenaient une relation déséquilibrée avec les parents. Si les infirmières initiaient les interactions, les parents se sentaient inconfortables vis-à-vis de cette pratique. Les corrélations négatives entre la satisfaction des parents concernant la gestion de la douleur des enfants et le grade des infirmières indiquent que plus le grade de l'infirmière est élevé, moins la satisfaction des parents sur la gestion de la douleur est grande. L'explication donnée à cela est que l'infirmière de grade inférieur est plus diplomate et que l'infirmière ayant un grade supérieur a reçu une « éducation infirmière » traditionnelle.</p> <p>En conclusion, Miles et al. (1999) suggèrent que les soins infirmiers en pédiatrie devraient avoir comme objectif principal de procurer une relation de soutien aux parents, de les aider à faire face à la maladie de leur enfant ainsi qu'à l'hospitalisation. Le défi pour les soins pédiatriques est d'établir et de maintenir des maillons de communication avec les parents qui vont leur donner les moyens d'exprimer leurs besoins.</p>

<p>employé de l'hôpital.</p> <p>Les parents ont été contactés et, en cas d'intérêt, ont reçu une fiche d'information au sujet de l'étude qu'il fallait lire en 24 heures.</p> <p>Le chercheur a ensuite demandé aux parents s'ils désiraient participer à l'étude. L'étude était à alors à nouveau expliquée de vive voix. Les parents qui acceptaient de participer devaient ensuite signer un formulaire de consentement.</p> <p>Certains parents abordaient d'autres sujets non liés à l'étude, c'est pour cette raison que les interviews ont été réalisées là où les parents se sentaient le plus à l'aise. Aucun temps limite n'a pas été défini.</p>			
---	--	--	--

Titre:

Nurses' and parents' perceptions of participation and partnership in caring for a hospitalized child.

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Kawik, L. 1996. Nurses' and parents' perceptions of participation and partnership in caring for a hospitalized child. <i>British Journal Nursing</i> 5(7)	Etude descriptive	L'étude a portée sur 36 infirmières et 12 parents d'enfants qui ont été hospitalisés.	Le but était de déterminer si les parents ont pu participer aux soins de leur enfant hospitalisé et ont pu travailler en partenariat avec les infirmières.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
L'étude a été réalisée en deux phases. Dans la première phase, une enquête postale sur 65 infirmières a été réalisée, avec un taux de réponse de 55%. Dans la deuxième phase, 12 entretiens en profondeur ont été menés avec les parents dans leur propre maison après que l'enfant soit sorti de l'hôpital.	Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de statistiques descriptives et les données qualitatives ont été soumises à l'analyse du contenu.	Les données suggèrent qu'il y a eu des cas où les parents ont été impliqués dans les soins de leur enfant et qu'un degré de partenariat était évident. Toutefois, ces temps de participation des parents semblent se produire sur une base ad hoc, plutôt qu'un résultat de négociation prévu dans les soins ou à la participation à la prise de décision. Cette constatation appuie des études antérieures entreprises par Webb et al. (1985) et Brown & Ritchie (1990). Néanmoins, il est évident que les parents étaient prêts à fournir des soins à leur enfant hospitalisé, notamment dans les domaines de réconfort et réassurance.	L'enquêteur a rencontré des difficultés parce qu'il était connu par les participants. En conclusion, cette petite étude a généré une grande quantité de données dont seule une infime somme a été signalée ici. Bien qu'il ne convient pas de généraliser les résultats, l'enquêteur conclut que les infirmières ont de la difficulté à décrire explicitement les connaissances de base et les indices sur lesquels elles prennent leurs décisions. Les enquêteurs ont également fait face à quelques difficultés lors de l'analyse de la question.

		<p>Les données du personnel infirmier ont appuyé cette conclusion, la majorité atteste que les parents choisissent de participer avec leur enfant afin de fournir le réconfort et la consolation. Cependant, les parents ont reconnu qu'ils n'avaient pas certaines des compétences des soins infirmiers et qu'ils réclamaient du soutien professionnel. Néanmoins ils hésitaient souvent à aborder les infirmières, ce qui implique qu'ils ne se sentaient pas comme des partenaires de soins égaux.</p> <p>Selon Ashworth et al. (1992), développer une relation basée sur la confiance et le respect, dans laquelle il y a une communication ouverte et honnête et où il y a une compréhension mutuelle, est nécessaire pour l'autonomisation et le partenariat.</p> <p>En conclusion, les soins doivent être négociés afin de clarifier les rôles des parents et des infirmières. Les parents ont besoin de plus d'informations pour leur permettre de contribuer au processus décisionnel. Les infirmières ont besoin d'examiner leurs propres croyances et valeurs par rapport à une approche de partenariat. Finalement, la documentation sur les soins doit être revue afin de faciliter la participation des parents.</p>	
--	--	--	--

Titre:

What does partnership in care mean for children's nurses?

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Lee, P. (2007). What does partnership in care mean for children's nurses? <i>Journal of Clinical Nursing</i> 16, pp.518–526	Etude de type exploratoire	Des recherches antérieures (Kawik, 1996) suggèrent que les infirmières en pédiatrie ayant une expérience post-qualification de plus de deux ans ont plus de capacité et de flexibilité à travailler en partenariat avec les enfants et leur famille. En outre, les infirmières en pédiatrie avec la classification clinique «NHS» ou équivalente étaient considérées appropriées pour participer à l'étude. Il était envisagé que dix infirmières en pédiatrie qualifiées d'un grade «NHS» en Angleterre pouvaient être interviewées, dix interviews étaient suffisantes pour l'étude (Ritchie et al. 2003a). Comme les participants pouvaient «choisir» la recherche (DoH, 2005), la facilité d'échantillonnage (Ritchie et al. 2003b) a été la seule voie à suivre pour obtenir les données.	But et objectif : explorer le partenariat dans les soins auprès d'un petit échantillon d'infirmières soignant des enfants dans un centre-ville et ceci afin de: (i) obtenir des données locales sur ce que pense un échantillon d'infirmières en pédiatrie par « partenariat dans les soins » et à quel degré le partenariat dans les soins est possible dans la pratique. (ii) si possible, comparer ces données avec la littérature nationale et internationale décrivant le partenariat dans les soins.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
Un entretien semi-structuré a été choisi pour produire des données qualitatives ou des descriptions «riches» (Morse & Field 1996). En effet, un entretien semi-structuré possède l'avantage d'être basé, non sur des questions prédéfinies, mais sur des sujets de l'interview (Sim &	Les entrevues ont été transcrites et les l'exactitude des transcriptions des données ont ensuite été à nouveau vérifiée. Le «cadre», premier outil d'analyse développé par Ritchie et Spencer (1994) a été largement utilisé pour les aspects qualitatifs des sciences sociales, des recherches en santé et en soins infirmiers au Royaume-Uni (Chew-Graham et al. 2002, Neale et Kennedy 2002, Tod et al.2002). Le cadre	<u>L'attitude</u> L'attitude est définie comme « la manière dont la personne voit quelque chose » (Collins 1995). Tous les participants de cette étude paraissaient avoir une attitude positive envers l'enfant et sa famille, comme si ils voulaient que l'enfant reçoive les meilleurs soins possibles. Les infirmières en pédiatrie ont indiqué, que dans certains cas, leurs collègues ne voulaient pas être impliquées ou apparaissaient comme brutales ou occupées face à la famille. L'évitement de certaines familles a eu lieu, lorsque le parent était particulièrement difficile (selon les infirmières). Il était considéré que les infirmières devaient travailler ensemble mais l'attitude de l'équipe multidisciplinaire, telle que perçue par les participants, était ressentie « comme s'ils essayaient d'obtenir le point	Dans cette étude la plupart des participants avaient des attitudes positives et ceci est similaire aux résultats de Keatinge et Gilmore (1996). Ces derniers ont interrogé, par questionnaire, 31 membres de l'équipe soignante d'une unité pédiatrique avant et après l'introduction du partage des soins et l'on y trouve que les attitudes des infirmières envers un régime de partage des soins étaient essentiellement positives. Un exemple de manque de respect qui a été présenté par l'hôpital de cette étude était le manque d'installation de couchage pour les parents auprès de leur enfant. Bien que cela

<p>Wright 2000). Toutefois, les questions de l'entretien semi-structuré nécessitent d'être exposées afin d'obtenir l'approbation éthique. Cela nécessite des planifications d'interviews plus rigides, ce que ne recommandent pas Arthur et Nazroo (2003) qui suggèrent que la programmation de l'entrevue ne devrait pas comportée de question fixée à l'avance car ceci inhibe l'interaction avec les participants.</p>	<p>a été révisé par Ritchie et Lewis (2003) et a été utilisé pour cette étude. Le cadre de l'outil se compose de trois étapes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestion des données, comptes descriptifs et comptes explicatifs. - la gestion des données a identifié des thèmes récurrents ou des concepts. Un cadre conceptuel est alors mis en place en utilisant tous les thèmes recensés. Les comptes descriptifs permettent au chercheur de définir les éléments et les dimensions, d'affiner les catégories et de classer les données. -l'exposé des comptes quand la plupart des descriptifs ont été achevés. Ces trois étapes de l'outil d'analyse des données et les processus liés à chaque étape peuvent former une analyse hiérarchique. Spencer et al. (2003) suggèrent que l'échafaudage conceptuel est représenté par la forme d'une échelle qui permet au chercheur de passer les étapes de l'analyse hiérarchique mais aussi d'examiner le matériel qui est en train d'émerger. Ainsi, il est possible de revoir les mesures de gestion des données descriptives et explicatives pour en vérifier la compréhension. 	<p>et non de négocier », ce qui implique que l'attitude de l'équipe multidisciplinaire était d'informer la famille et non de discuter les options.</p> <p><u>Le respect</u></p> <p>Le respect était démontré une fois que l'infirmière en pédiatrie avait une attitude positive envers l'enfant et sa famille. Les participants ont indiqué que les parents étaient les experts à l'égard de leur enfant. En conséquence, les parents peuvent rapporter les manières qu'ils ont pour « faire face » à domicile, ils ont accès aux comportements de leur enfant et ont plus de perspicacité lorsque leur enfant a des besoins complexes ou spéciaux. Les participants considéraient que seul les parents pouvaient donner aux infirmières de pédiatrie des informations afin de soigner au mieux l'enfant. Par conséquent, il s'en suit qu'il peut y avoir des différents résultats si l'infirmière ne comprend pas les habitudes de l'enfant. Cela démontre le respect que les infirmières doivent avoir envers les familles, particulièrement lors de l'admission. Il est possible que si l'enfant et sa famille n'aient pas reçu d'explication avant l'admission, la famille ne comprenne pas la manière de penser du partenariat (Heimann, 2000). Par conséquent, les infirmières suggèrent que la participation des parents est bénéfique mais qu'il était très difficile de dire qu'elles préféreraient que les familles restent, car cela donnait toujours l'impression qu'elles les « obligeaient à rester ».</p> <p>Il a été également suggéré que certains professionnels sont tellement concentrés sur une tâche ou une procédure, qu'ils oublient la présence de la famille. Cette dernière, par conséquent, perçoit cela comme un manque de respect, bien que les professionnels ne soient pas d'accord.</p> <p><u>La communication</u></p> <p>Les participants ont donc décrits combien il était important que la voix de l'enfant et de la famille soit écoutée et que les parents comprennent ce qui se passe. La négociation a été considéré comme un autre élément important de la communication. Le manque de compréhension des parents a été fréquemment cité comme un préjudice pour le partenariat.</p> <p><u>Un partenariat efficace</u> Une fois la compréhension des parents accomplie, les infirmières percevaient qu'elles pouvaient travailler en partenariat avec l'enfant et la famille.</p>	<p>était dû à un manque d'espace, Stower (1992) a déjà suggéré que, si les parents devenaient de véritables partenaires de soins, ils devaient disposer d'équipements adéquats afin qu'ils soient à l'aise. Dans cette étude, le confort des parents n'était pas toujours pris en considération. La négociation fait partie d'une bonne communication (Casey 1988, Coyne 1996). Cependant, avec la négociation vient le concept des infirmières reconnaissant les parents comme des partenaires de soins égaux. La participation, dans cette étude, n'a pas explicitement discuté le besoin d'une égalité de soins entre les infirmières en pédiatrie et la famille du patient comme Coyne (1996) l'avait préalablement décrit. Ceci peut-être parce que l'aspect du partenariat est à présent si bien compris que les participants n'ont pas ressenti le besoin de reporté ceci dans les interviews. En conclusion, cette étude a examiné l'état actuel du partenariat dans les soins infirmiers pédiatriques. Elle a exposé certaines conditions préalables, ou des antécédents de réussite du partenariat en matière de soins comme l'attitude positive, le respect de l'enfant et sa famille, de bonnes compétences de communication et le fait d'assurer la compréhension des parents. Si l'une de ces conditions préalables fait défaut, le partenariat efficace de soins ne peut pas se produire. Les conséquences ou résultats du partenariat de soins sont positifs. Tous les partis sont satisfaits et il ya une plus grande sensation de bien-être, non seulement pour les enfants et sa famille, mais aussi pour les infirmières.</p>
---	---	---	---

Titre:

**Parental Views on Participation in Their Child's
Pain Relief Measures and Recommendations to
Health Care Providers**

Auteurs/Année	Type d'étude ou Devis	Echantillons	But/Q/H Concepts
Pölkki,T., Pietila, A.M., Vehviläinen-Julkunen,K., Laukkala,H., Ryhänen,P. (2002). Parental Views on Participation in Their Child's Pain Relief Measures and Recommendations to Health Care Providers. <i>Journal of Pediatric Nursing</i> , 17(4).	Etude descriptive	L'échantillon était constitué de 167 mères (87%) et 25 pères (13%) dont les enfants étaient hospitalisés en chirurgie pédiatrique, dans les cinq hôpitaux universitaires de Finlande. Les répondants à l'étude devaient répondre aux critères suivants: (1) ils sont soit le père de l'enfant ou la mère, (2) l'âge de leur enfant hospitalisé était de 8 à 12 ans, et (3) leur enfant était en cours de la procédure chirurgicale sous anesthésie. Un total de 235 questionnaires ont été distribués, et 211 (90%) ont été retournés, dont 14 ont été exclus parce que les critères susmentionnés n'étaient pas valables et 5 parce que des données étaient manquantes. Les parents étaient âgés de 28 à 56 ans. Les parents avaient deux enfants ou plus (92%) et avaient déjà vécu deux hospitalisations avec leur enfant ou plus.	Décrire les points de vue des parents sur les facteurs qui influencent leur participation à la mesure de la douleur chez leur enfant hospitalisé qui ont entre 8 et 12ans et les recommandations pour les prestataires de soins concernant l'atténuation de la douleur de leur enfant.

Méthodes de collecte	Méthodes d'analyse	Résultats	Discussion et Conclusion
PLes données ont été recueillies à partir d'un questionnaire rempli par 192 parents dont l'enfant était hospitalisé dans une des unités de chirurgie pédiatrique dans les cinq	Les données ont été analysées avec le logiciel SPSS pour Windows 8.0 software. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les	La plupart des parents (98%) ont dit qu'ils avaient eu l'occasion de participer aux soins de leur enfant et qu'ils avaient pu prodiguer les soins qu'ils souhaitaient en fonction de leurs préférences personnelles, mais seulement 23% des les parents étaient tout à fait d'accord, qu'ils	Les conclusions de l'étude démontrent les implications suivantes pour la pratique des soins infirmiers. 1. Le rôle des parents dans la mesure de soulagement de la douleur de leur enfant devrait être clarifié. Il serait important d'enseigner aux parents des méthodes pour atténuer la douleur de leur enfant pendant l'hospitalisation en chirurgie. 2. Les parents exigent des informations plus approfondies et plus compréhensibles concernant la prise en charge de

<p>hôpitaux universitaires de Finlande.</p> <p>Le questionnaire élaboré par les enquêteurs était composé de trois sections. Section 1 collecte de données démographiques relatives aux parents et aux enfants hospitalisés. Section 2 collecte d'informations sur les facteurs influençant la participation parentale aux mesures de soulagement de la douleur chez leur enfant hospitalisé. Section 3 a consisté en une question ouverte, dans laquelle les parents demandaient quelles recommandations ils devaient donner aux soignants et en quoi les membres du personnel soignant pouvaient aider à atténuer la douleur vécue par l'enfant.</p> <p>La distribution des questionnaires a été faite par les infirmières. Elles ont demandé aux parents impliqués dans cette étude de remplir les questionnaires soit le jour de la sortie de l'hôpital, soit un jour avant. Les parents ont été informés par une lettre jointe à l'instrument que leurs réponses seraient utilisées pour la recherche et traitées de manière confidentielle et</p>	<p>caractéristiques démographiques des parents et de leurs enfants hospitalisés, ainsi que les facteurs influençant la participation des parents dans la mise en œuvre de mesures de soulagement de la douleur chez leur enfant. Les données fournies par les questions ouvertes ont été analysées en utilisant les principes de base du contenu d'analyse (Downe-Wamboldt, 1992; Polit & Hungler, 1999).</p>	<p>avaient clairement eu un rôle défini dans la prise en charge de la douleur de l'enfant.</p> <p>Les facteurs faisant obstacle à la participation des parents, tels que vu par les parents, étaient le « manque de temps » des infirmières (32%) et les sentiments négatifs (19%) de ces derniers faisaient plus obstacle que le manque d'information / de compréhension (10%) et la sous-estimation des connaissances des parents par les soignants (6%).</p> <p>Les parents souhaitaient avoir plus de soutien pour leur bien-être personnel au cours de l'hospitalisation de leur enfant (par exemple, plus de temps pour eux-mêmes afin de discuter de leurs sentiments), une augmentation de l'écoute. Vingt-deux pour cent des parents souhaitent que les infirmières aient plus de temps et ils exprimaient qu'il n'y avait plus de personnel à l'hôpital pour réaliser des soins adéquats pour le soulagement de la douleur de leurs enfants. Les autres recommandations formulées par les parents tenaient compte de l'individualité de l'enfant ou des besoins de repos, en particulier après la chirurgie (17%), en donnant des médicaments contre la douleur (15%) appropriés qu'ils voulaient que les infirmières apprécient les opinions de l'enfant et de ses parents en les associant à la prise de décision concernant la mise en œuvre des mesures de soulagement de la douleur.</p>	<p>la douleur de leur enfant à l'hôpital. Plus d'attention devrait être accordée à la fourniture d'informations sur les méthodes de soulagement non pharmaceutiques. 3. Les sentiments tels que la préoccupation, la peur, l'impuissance, l'anxiété et la dépression étaient communément connus par les parents pendant l'hospitalisation de leur enfant. Ces sentiments pouvaient affecter les capacités d'appui des parents au cours des expériences douloureuses. Plus d'attention devrait être accordée par le soignant pour assurer un soutien émotionnel aux parents dans la pratique clinique.</p>
--	---	---	---

<p>que leur identité ne serait pas révélée. Il a également été souligné que l'implication des parents dans cette étude était volontaire et que le refus de participer n'affecterait pas les soins reçus par l'enfant à l'hôpital. La collecte des données a duré 5 mois en moyenne. Les questionnaires ont été envoyés au chercheur dans des enveloppes prévues via le service des sœurs. L'autorisation de procéder à l'étude était assurée par un comité de recherche dans chaque hôpital.</p>			
--	--	--	--

7.3. Annexe 5.

La déclaration d'authenticité :

«Je déclare avoir réalisé ce travail moi-même, conformément aux directives.
Les références utilisées dans le travail sont nommées et clairement identifiées».